

Информационно-публицистическая газета

ПЕРСОНА

Кто теперь имеет право на бесплатные лекарства – стр. 3

Бесплатная диспансеризация и реабилитация после COVID-19 – стр. 4

Цифровой профиль пациента для персонального подхода к каждому – стр. 6

Санаторно-курортное лечение по ОМС – стр. 7

Онкологи воссоздают на биопринтере даже язык – стр. 10

«Медицинские организации становятся более пациентоориентированными. Повышается уровень эффективности их работы...»

Михаил Мурашко
Министр здравоохранения РФ



Владимир ПУТИН:

«Обновляется инфраструктура здравоохранения. С 2018 года введены в эксплуатацию 1750 фельдшерских пунктов и врачебных амбулаторий. В регионы поступило свыше тысячи передвижных медицинских комплексов. В итоге объемы медицинской помощи на селе увеличились в два раза.»

фото А. Дружинин/РИА Новости

Михаил МУРАШКО Министр здравоохранения РФ



Родился 9 января 1967 года в городе Свердловске.

В 1986-1988 годах проходил службу в Вооруженных силах МВД СССР.

В 1992 году окончил Уральский государственный медицинский институт (ныне университет).

Доктор медицинских наук по специальностям «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и «Акушерство и гинекология».

С 1992 года по 1996 год – врач-интерн, врач – акушер-гинеколог в республиканской больнице в Сыктывкаре.

В марте 1996 года назначен заместителем главного врача по консультативно-диагностической работе, а через полгода – главным врачом Республиканского государственного учреждения «Коми республиканский перинатальный центр».

С ноября 1996 года по декабрь 1999 года – главный врач Коми республиканского государственного учреждения здравоохранения – Республиканского медицинского объединения.

В 2000-2006 годах – главный врач Республиканского перинатального центра Агентства Республики Коми по здравоохранению.

С марта 2006 года по февраль 2011 года – министр здравоохранения Республики Коми.

В 2011-2012 годах заведовал кафедрой акушерства и гинекологии с курсом педиатрии Коми филиал ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России.

В 2012 году Михаил Мурашко назначен заместителем руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

С марта 2013 года по июль 2015 года – временно исполняющий обязанности руководителя Росздравнадзора.

14 июля 2015 года назначен руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

21 января 2020 года указом президента РФ назначен министром здравоохранения РФ.

Михаил Мурашко является слушателем третьего потока программы развития кадрового управленческого резерва.

Программа подготовки кадрового управленческого резерва государственной службы, которую называют «школой губернаторов», была запущена в июне 2017 года на базе Высшей школы государственного управления (ВШГУ) и подготовлена на основе лучших программ Корпоративного университета Сбербанка, Московской школы управления «Сколково», РАНХиГС и Высшей школы экономики.

Награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2018 г.).

Михаил Мурашко отмечен благодарностью Правительства РФ за заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу (2016 г.).

Действительный государственный советник Российской Федерации 2 класса.

Доктор медицинских наук.

Профессор Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова.

Профессор Московского государственного технического университета имени Н. Э. Баумана.

– Михаил Альбертович, какие вести с фронта борьбы с коронавирусом?

– Сегодня все медицинские работники находятся на боевом посту, и этот вызов, в котором мы находимся уже более полутора лет, заставляет нас максимально сконцентрироваться на результате и использовать возможности системы здравоохранения и имеющийся потенциал научных знаний для того, чтобы сохранить большее количество жизней, перейти в формат профилактического направления, и при этом очень важно сохранять плановую медицинскую помощь.

Мы перепрофилировали 30 процентов коечного фонда. А в октябре 2021 года, в пик эпидемии, вели одновременно более 1,3 млн пациентов. Это была колоссальная нагрузка.

Наша главная цель – защитить людей от тяжелого течения новой коронавирусной инфекции и снизить риск смерти.

К настоящему моменту у нас привиты более 75 миллионов человек, это хорошие показатели, но пока недостаточные, чтобы остановить распространение этого вируса. Вакцинация – это забота о своем здоровье и о здоровье своих близких, окружающих. И за всю историю человечества у нас не появилось ничего надежнее вакцинации для защиты от тяжелых последствий болезни.

– Внедрена, несмотря на сложный год, маркировка лекарственных препаратов. Как она помогает фармацевтам и покупателям лекарств?

– Маркировка введена летом прошлого года и сегодня работает уже в штатном режиме. Это очень важный элемент не только прогнозирования объемов лекарственных препаратов, но и профилактики поступлений недоброкачественных и фальсифицированных лекарств к пациенту, а также инструмент управления качеством лекарственной терапии.

Благодаря маркировке лекарственных препаратов мы знаем, сколько пациентов получают лечение по тому или иному врачебному протоколу, какой объем лекарственных препаратов находится в медицинском учреждении.

Кроме этого, каждый пациент теперь может самостоятельно через мобильное приложение проверить легальность приобретаемого лекарства. Следующий этап – внедрение системы маркировки для высокотехнологичных медицинских изделий. Для этого должна быть создана информационная система, позволяющая идентифицировать каждую единицу медицинского изделия.

– Как реализуются планы по учету льготных категорий граждан и их обеспечение лекарственными препаратами?

– Современные цифровые технологии уже сейчас дают нам возможность более эффективно подходить к лекарственному обеспечению граждан. В 2020 году был разработан единый сквозной регистр получателей лекарств, которые предоставляются им бесплатно или с большой скидкой по федеральной или региональной льготе. И сейчас в этом регистре уже более чем 24 млн граждан.

Это позволяет обеспечивать людей необходимыми им лекарственными препаратами непосредственно в том субъекте, где они проживают, и самое главное – без задержек, так как с помощью регистра можно планировать потребность субъектов по закупке определенных лекарственных средств. А данные о потребности должны ложиться в основу финансового планирования обеспечения лекарствами и учитываться в производстве.

Рынок должен понимать, какие лекарственные препараты необходимы, что, в свою очередь, является важным элементом системы своевременного получения лекарственной терапии. Ведь если у человека уже есть заболевание, требующее лекарственного сопровождения, нам важно им его обеспечить, чтобы сохранить максимально возможный уровень здоровья и не допустить развития серьезных осложнений. Так, с учетом всех данных информационной системы, мы можем прогнозировать риски.

– Станут ли доступными лекарства на селе?

– В сельской местности у нас проживает почти треть населения страны, при этом значительная часть из них – старшее трудоспособного возраста. В этом случае заболевшему человеку может быть довольно затруднительно проделать долгий путь до крупного населенного пункта, где он может получить необходимые лекарства. Чтобы приблизить эту помощь к людям, уже сейчас реализуется целый ряд мер. Так, в населенных пунктах, где отсутствует аптечная организация, действует упрощенный порядок лицензирования для осуществления фармацевтической деятельности в обособленных подразделениях медицинских организаций. Лекарства могут продаваться или выдаваться по льготным рецептам работники фельдшерско-акушерских пунктов или врачебных амбулаторий.

Кроме того, мы увеличили возможность выписки лекарственных препаратов на курс лечения до трех месяцев с возможностью пролонгирования срока действия льготных рецептов имеющим хронические заболевания. Органы исполнительной власти субъектов также могут самостоятельно, исходя из потребности, определять условия доставки лекарственных препаратов и медицинских изделий отдельным категориям граждан.

Эти меры, а также прием заказов по телефону или электронной почте, предоставление скидок, открытие социальных аптек, расширение сети «дежурных аптек», доставка лекарственных препаратов на дом позволяют улучшить организацию лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан за счет сокращения походов к лечащему врачу, когда посещение нужно только для выписки рецептов.

– Будет ли у нас теперь, с учетом опыта пандемии, создана мобилизационная медицина?

– Мы уже находимся в этой новой реальности. Подобно любому глобальному кризису, пандемия, изменив среду, потребовала от человечества приспособиться, а систему здравоохранения вынудила мобилизоваться. При этом важно было сохранить качество оказания медицинской помощи. В ноябре 2021 года было развернуто рекордное количество коек для пациентов с новой коронавирусной инфекцией – 290 тысяч. Этот опыт, безусловно, нельзя сбрасывать. Ведь наша главная национальная цель – сохранение жизней и здоровья людей. Но мы продолжаем борьбу и с неинфекционными заболеваниями, распространенность которых существенно повлияла на тяжесть протекания болезни у зараженных COVID-19 – известно, что люди с декомпенсированными хроническими заболеваниями находятся в группе риска.

Защитив население от хронических заболеваний, можно управлять рисками развития эпидемиологической обстановки и при непосредственной угрозе в кратчайшие сроки развернуть систему в сторону наращивания мощностей для борьбы с инфекцией.

В настоящее время модернизируется и служба медицины катастроф. Уже в 2022 году у нас откроется новый Федеральный центр медицины катастроф, куда войдут центры управления в кризисных ситуациях, санитарной авиации и экстренной медицинской помощи. Будут реализованы и другие задачи в рамках ФЦМК, которые позволят оказывать медицинскую помощь в любом очаге ЧС максимально оперативно и эффективно. В том числе в структуру ФЦМК будет включен Полевой многопрофильный госпиталь, который по сути своей является мобильным медицинским формированием, способным оказывать помощь по нескольким профилям. Такой госпиталь сможет работать автономно или усилить существующие медицинские организации в очаге ЧС.

Помимо этого, органы здравоохранения субъектов с привлечением медучреждений проводят командно-штабные учения по ликвидации чрезвычайных ситуаций.

– Как не заболеть в новом году и не заразиться во время праздничных застолий, в веселых компаниях и на уличных гуляниях?

– Новогодняя ночь и выходные дни, которые за ней следуют, а потом Масленица и Пасха у нас традиционно ассоциируются со временем, которое мы проводим с близкими людьми. А родных и близких, бабушек и дедушек мы всегда стараемся защитить, и самое лучшее, что сейчас можно сделать, чтобы их и себя защитить, – сделать прививку от COVID-19. А тем, кто уже вакцинировался или переболел, спустя 6 месяцев необходимо обязательно пройти ревакцинацию.

Наши ученые пришли к выводу, что только так можно защитить организм от новых штаммов «дельта» и «омикрон». Ничего надежнее вакцинации за всю историю инфекционных заболеваний у человечества не было. Важно даже в такие праздники, как новогодние, соблюдать меры неспецифической профилактики – избегать большого скопления людей, использовать маски и антисептики.

Собственное здоровье и здоровье любимых людей – это большая ценность, чтобы ее сохранить, нужно делать выбор в пользу здоровья. Вакцинация – это пример именно такого выбора, так как позволяет защититься от тяжелых, печальных последствий.

Каждому в новом году я желаю в первую очередь именно здоровья! Здоровья вам, вашим родным и близким, благополучия и радости в Новом году!

– Как восстанавливаете свои силы?

– Не важно, сколько я спал, у меня каждое утро спорт. Я отправляюсь на велосипедную прогулку или пробежку. Велосипед – лучший вариант для меня, потому что тут и кардионагрузка, и тренировка мышц. Когда не успеваю покататься, пробегаю километра три. Во время занятий спортом невольно отвлекаешься от текущих, смотришь по сторонам на меняющуюся картинку. Маршрут стараюсь разнообразить, чтобы пейзаж не повторялся. И хотя бы раз в месяц стараюсь ходить в театр.

Переоснащаются детские поликлиники, онкологические и сердечно-сосудистые центры. В рамках нацпроектов им поставлено более 40 тысяч единиц нового медицинского оборудования. В регионах уже открыто более 350 амбулаторных центров онкологической помощи, а пациенты с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний с прошлого года имеют право на бесплатные лекарства. В 2021 году их получили примерно 600 тысяч граждан».



Алексей КУДРИН
Председатель Счетной палаты РФ

Родился 12 октября 1960 года в городе Добеле Латвийской ССР. Окончил экономический факультет Ленинградского Государственного Университета, Институт социально-экономических проблем АН СССР, Институт экономики АН СССР. Д. э. н.



– Счетная палата в связи с лучшими практиками и мировым опытом анализирует не только расходы, но и результаты. Важно определить, к какому результату привели эти расходы, – не просто, что они проведены в срок, вовремя, без хищений, а к какому результату.

Сегодня мы говорим в том числе о первичном звене в здравоохранении, но остановлюсь еще на одном поручении президента – Вашем, Владимир Владимирович. Вы еще в 2018 году поставили задачу, чтобы расходы на здравоохранение достигли 5 процентов ВВП. В 2020 году, во время пика пандемии, с учетом больших ресурсов, которые на это были выделены, мы достигли 4,6 процента ВВП от всех государственных ресурсов на эти цели. В 2021 году мы, к сожалению, снова снижались до 4,1 процента.

В ряде республик ситуация намного хуже. Например, в Якутии 23 процента зданий, в которых оказывается медицинская помощь, находятся в аварийном состоянии, причем ситуация ухудшалась последние три года. А, например, в Астраханской области и в Тыве 30 процентов ФАПов находятся в аварийном состоянии.

Понятно, что сейчас программа позволит там решить эти проблемы.

Еще один факт – это доступность врачей узкой специализации. Средний срок по тем регионам, которые мы проверили, больше 14 дней – доступ или ожидание врачей, а в некоторых случаях по отдельным врачам до 30–50 дней – у меня списки прямо по регионам, мы прошли по отдельным поликлиникам, посмотрели запись, причем к достаточно важным врачам, помощь которых нужна постоянно, то есть раньше, чем через месяц, к ним не попасть.

Татьяна Алексеевна объективно описала ситуацию и с обеспечением врачей, и со сложившейся проблемой. По нашим данным, пока в ряде регионов даже уменьшается обеспеченность врачами. Соответствующие меры были названы.

Может быть, я возвращаюсь к общей проблеме, но наряду с проектами, которые решат многие проблемы до 2024 года, мы тем не менее должны решать и проблему межбюджетных отношений. По этому поводу дадим свои предложения.

И еще в завершение у нас есть сегодня вопрос и по строительству объектов капитального строительства. Мы серьезно работаем с Маратом Шакирзяновичем (Хуснуллиным) над проблемой прекращения генерирования незавершенных объектов. Очень большую работу правительство провело и продолжает проводить, продолжает инвентаризацию. У нас очень много, тысячи объектов не завершены, и тем самым средства «омертвлены». К сожалению, каждый год снова появляются новые незавершенные объекты, в том числе по программам, финансируемым из федерального бюджета.

Поэтому мы на это обращаем внимание и дальше продолжим эту работу. Нам эту практику нужно прекращать – когда мы начинаем новые стройки, не завершив старые. Ситуация может быть спасена благодаря только этим усилиям. Но пока ежегодно такие отдельные объекты все еще появляются, в том числе в рамках наших федеральных проектов.

На заседании Совета по стратегическому развитию и национальным проектам

Татьяна ГОЛИКОВА
Заместитель председателя
Правительства РФ по социальным вопросам

Родилась 9 февраля 1966 года в городе Мытищи Московской области. Окончила Московский институт народного хозяйства им. Г. В. Плеханова. Д. э. н. Замужем.



– В рамках нацпроекта «Здравоохранение» мы с 2019 года начали реализовывать инфраструктурные мероприятия в сфере первичного звена Это закупка мобильных комплексов и строительство фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе вместо аварийных. Построены и заменены 1751 ФАП, в которых побывало уже два миллиона посетителей.

К сожалению, пандемия коронавирусной инфекции отодвинула сроки завершения работы по строительству фельдшерских пунктов и врачебных амбулаторий на 2021 год. Сейчас осталось ввести в эксплуатацию последние 40 ФАП в пяти регионах страны и получить лицензии. В четырех регионах это единичные пункты, а в Республике Коми и Тверской области не построены и не введены в эксплуатацию соответственно 19 и 16 ФАП, что у нас вызывает особое беспокойство.

С 1 января 2021 года по поручению Президента РФ мы начали масштабную программу модернизации первичного звена здравоохранения. Программа реализуется по четырем направлениям. Первое – это строительство, замена и реконструкция поликлинических организаций, центральных районных больниц и их отделений, далее – капитальный ремонт и закупка медицинского оборудования, а также автомобильного транспорта.

Подводя предварительные итоги первого года реализации, отмечу, что из запланированных к началу строительства 379 объектов уже построен 91 объект здравоохранения в одиннадцати регионах, из них опережающими темпами получены лицензии по 16 объектам. Все они уже начали свою деятельность, хотя предполагалось, что лицензии будут получены в 2022 году.

В 44 регионах начаты работы по графику строительства 346 объектов. Срок их ввода – 2022 год. В части капитального ремонта из 1534 планируемых объектов работы завершены на 691 объекте в 53 регионах и в 73 завершаются ремонты еще по 1051 объекту.

Из планируемых к закупке 29,5 тыс. единиц медицинского оборудования уже поставлено 21,5 тыс. в 81 регион, ожидается еще 6,5 тыс. Часть закупок перенесли на 2022 год в связи с неготовностью помещений. Закуплено 7 тыс. автомобилей и 450 еще планируется.

К сожалению, и в этот проект так же вмешалась пандемия. Большинство регионов тем не менее смогли организовать эту работу. На 100 процентов это строительство выполнили Республика Марий Эл, Пензенская и Рязанская области.

Сергей СОБЯНИН
Мэр Москвы

Родился 21 июня 1958 года в селе Няксимволь Березовского района Тюменской области. Окончил Костромской технологический институт, Всесоюзный юридический заочный институт. К. ю. н. Холост.



– Важнейшая задача для Москвы – это обеспечить увеличение до 100 миллионов посещений поликлиник в течение года, это колоссальная цифра. Любой сбой или недочет порождает законное недовольство граждан и проблемы.

Необходимо те задачи, которые ставились изначально, до COVID-19, нагонять, увеличивая финансирование, обеспечивая дополнительный сдвиг, не откладывая эти планы.

Часть этих проблем решается строительством новых поликлиник, но не везде можно их построить. А действующие компактно расположенные 50, 60, 70 лет тому назад, сегодня морально и физически устарели.

Поэтому приняли решение о полной реконструкции 200 зданий поликлиник, и до конца 2024 года планируем все их реконструировать.

После этого мы получим действительно современные здания, которые обеспечим самым современным оборудованием, но нужен еще и медицинский персонал, так как во многих районных поликлиниках где-то было семь узких специалистов,

По поручению Михаила Владимировича Мишустина мы провели по всем регионам анализ причин, которые не позволяют добиться улучшений в заболеваемости и смертности в конкретном регионе страны. Сейчас завершаем формирование паспортов 85 регионов исходя из заболеваемости, смертности, особенностей территорий, изношенности инфраструктуры, транспортной доступности отдельных населенных пунктов, возрастной структуры, образа жизни, питания и состояния экологии.

Уже доказано, что отсутствие дорог, невозможность доезда оказывает прямое влияние на сроки получения медицинской помощи и, как следствие, на ее доступность. Например, в Белгородской области более 300 населенных пунктов нуждаются в ремонте или строительстве дорог с твердым покрытием, и смертность от обострения заболеваний в этих поселениях на 7,5 процента выше, чем в соседних.

У нас сегодня на карте Российской Федерации треть всех организаций первичного звена на селе в 40 регионах не имеет подъездов по дорогам с твердым покрытием, или такие дороги нуждаются в ремонте. 44 процента сельских населенных пунктов не имеют маршрутов общественного транспорта. В них, к сожалению, смертность на 10–12 процентов выше, чем в городских. В этом направлении по-прежнему требуется наша совместная работа с регионами.

Совсем недавно правительством принята транспортная стратегия. Мы очень надеемся, что при подготовке плана ее реализации эти объективные потребности регионов тоже будут учтены.

Также доказано прямое влияние медицинской инфраструктуры на показатели здоровья. Старые и изношенные здания и оборудование дают прирост смертности на 18 процентов больше, чем в тех регионах, в которых медпункты имеют меньший износ. А также это повышает неэффективные расходы на содержание изношенной инфраструктуры и приводит к образованию кредиторской задолженности в системе обязательного медицинского страхования.

Также свое влияние оказывает и работа по предупреждению заболеваний, и здесь немаловажная роль принадлежит экологии, питанию и образу жизни. Вчера с членами правительства обсуждали тему чистого воздуха. Выявлено, что в регионах с превышением предельно допустимых концентраций по выбросам загрязняющих веществ в атмосферу смертность от болезней органов дыхания на 35 процентов выше, чем в регионах, где такого превышения нет.

Меры, которые направлены на улучшение экологии и образа жизни, дают существенный вклад в изменение ситуации с демографическими показателями. В принципе, мероприятия всех национальных проектов направлены на это, и их своевременная реализация – безусловный вклад в достижение демографических показателей.

Важно еще и привлечь кадры к этой работе, особенно в условиях нынешней ситуации, когда в государственной системе здравоохранения не хватает врачей и среднего медицинского персонала.

где-то девять, где-то четыре и даже два, что тоже вызвало недовольство граждан. Сегодня мы определили стандарт, чтобы в каждой поликлинике были востребованные специалисты. Специально под них создаем кабинеты и оборудование. Это тоже очень важное направление.

Но не менее важно создать и дружелюбную атмосферу, доброжелательность к пациентам. Это не менее важно, чем реконструкция поликлиник. Министерство здравоохранения и социальный блок Правительства РФ выступили с инициативой о создании команды пациентов – мы начали внедрять это у себя в городе.

Что такое команда пациентов? Сотрудники МФЦ десантируются в поликлиники для администрирования потоков пациентов и оказания немедицинской помощи. А высвободившиеся медработники направляются на постоянный контроль и диспансеризацию людей с целым букетом хронических заболеваний. Все это вместе создаст совсем другую атмосферу. Со следующего года в масштабном порядке все это запустим.

Но еще одна глобальная проблема – это финансирование, так как происходит постепенный перекос финансовых потоков в сторону стационарной помощи, в которой растут технологии и затраты, а из амбулаторного звена финансирование вымывается в сторону стационаров.

Мы постепенно с помощью Федерального фонда обязательного медицинского страхования, ежегодно мониторя эту ситуацию, решаем ее, и в следующем году по программе госгарантий у нас уже 60 процентов всего финансирования по линии ОМС будет идти на амбулаторную помощь. Это серьезный сдвиг, который гарантирует достойное финансирование поликлиник.



Михаил МУРАШКО
Министр здравоохранения РФ

– Михаил Альбертович, в России введена обязательная бесплатная углубленная диспансеризация для переболевших COVID-19. Пользуются ли россияне этой услугой? Что нужно сделать, чтобы ее пройти?

– Углубленная диспансеризация стала важным инструментом для своевременной профилактики и выявления возможных осложнений после заболевания, вызванного COVID-19. Она дает шанс для сохранения качества и продолжительности жизни тем, кто тяжело перенес новую коронавирусную инфекцию.

Она проходит в два этапа. Если по результатам диспансеризации у пациента выявят хронические заболевания или риски их возникновения, то ему будет оказано необходимое лечение и назначена медицинская реабилитация. Она введена в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации определенных групп взрослого населения.



Граждане, переболевшие после заражения коронавирусной инфекцией, вправе пройти углубленную диспансеризацию, целью которой является раннее выявление осложнений. Для этого пациент через 60 дней после выздоровления может обратиться в поликлинику по месту жительства.

По состоянию на 10 декабря 2021 года первый этап углубленной диспансеризации прошли более 1,309 млн человек, что составляет 13,9% от общего числа лиц, подлежащих этому обследованию (9,4 млн человек). По результатам первого этапа за все время проведения углубленной диспансеризации показано диспансерное наблюдение более чем 791 тысяче человек. В основном это граждане, не имеющие установленного диагноза хронического неинфекционного заболевания или имеющие одно хроническое неинфекционное заболевание и перенесшие ковидную инфекцию.

В субъектах Российской Федерации организовано информирование населения о возможности прохождения углубленной диспансеризации.

Кроме того, территориальные фонды обязательного медицинского страхования и все другие медицинские организации организуют индивидуальное информирование граждан о проведении диспансеризации с использованием Единого портала государственных услуг и смс-сообщений.

– Генетический паспорт – это что такое и зачем, когда и у кого он будет?

– По сути, это генетический профиль человека, в рамках которого каждый получит доступ к информации о себе, о имеющихся наследственных заболеваниях. Это позволит всем нам управлять собственным здоровьем.

В целом система здравоохранения сейчас ориентирована на профилактику заболеваний и раннее выявление патологий, поэтому мы запустили работу по паспортизации новорожденных в рамках проекта «Медицинская наука для человека».

Работа по выявлению серьезных генетических заболеваний должна быть организована в комплексе, поэтому со следующего года будет расширен перечень заболеваний в рамках неонатального скрининга с 5 до 36, среди которых спинально-мышечная атрофия.

Раннее выявление таких заболеваний позволит раньше начать терапию, сохранить жизнь и в большинстве случаев – здоровье таких пациентов, не дав наследственному заболеванию развиться в тяжелую форму.

Важная тема – реабилитация. В первую очередь речь идет о сердечно-сосудистых заболеваниях, болезнях нервной системы, опорно-двигательного аппарата и онкологий. С 2022 года начнется дооснащение и переоснащение структурных подразделений для проведения реабилитации, в том числе много делается для оказания этих услуг на амбулаторном этапе...

Татьяна Голикова

Анатолий ФЕСЮН
Исполняющий обязанности директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России

Родился 6 июля 1968 года в селе Березанка Черниговской области. Окончил Военно-медицинскую академию им. С. М. Кирова, полковник медицинской службы. Д. м. н. Женат, двое детей. Хобби – природа и спорт.



– Анатолий Дмитриевич, оказывается, прямо на территории вашего центра есть две действующие скважины?

– Скважина глубиной 370 метров – это минеральная лечебно-столовая, гидрокарбонатно-натриево-магниево-сульфатная вода, которая под брендом «Московская минеральная вода» выпускалась до 1987 года и продавалась в аптеках, применялась для лечения желудочно-кишечных заболеваний. Восстанавливает слизистую желудка, а также снижает уровень холестерина в крови. В сутки добывалось всего 11 кубов. И про нее забыли. А сейчас мы ее добычу восстанавливаем и используем воду в экспериментальном режиме.

Сделали питьевой автомат при входе в институт: нажал – и стаканчик водички минеральной выпил. Так же на втором и седьмом этажах.

Вторая скважина на глубине 970-990 м. Это рапа – вода высокой минерализации. В ней соль достигает где-то примерно 128 граммов на 1 литр. Йодобромная. Если сравнить с водой в Черном море, то в ней 9 граммов соли на литр, в Израиле в Мертвом море – 300 граммов на литр. То есть у нас рапа по минерализации близка к Мертвому морю. Сейчас ее используем в экспериментальном режиме для наружного применения, при различных заболеваниях кожной системы, артритах, артрозах, расстройствах нервной системы и ряде заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани. У нас в бассейне с этими водами проводятся индивидуальные занятия. Люди принимают ванны. Она разбавляется до определенной концентрации, чтобы вызвать какой-то определенный лечебный эффект.

Дебит этой скважины – 220 кубов в сутки.

– То есть у нас в Москве есть почти Мертвое море?

– Совершенно верно. Но бальнеолечебница, которую планировалось устроить при институте, тоже была заброшена. Когда я пришел сюда работать, понял, что все нужно делать с нуля.

Питьевая скважина в Москве только одна, а рапу добывают еще в санатории «Светлана» на Ярославском шоссе и в филиале №2 Государственного автономного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы.

– Солевые ванны, наверное, платная услуга?

– Не всегда. Мы некоторые ванны по возможности предлагаем и в рамках ОМС. Приравниваем их к обычному лечению пациента. Но если в ваннах применяется чистая концентрация рапы, то это платная услуга. А если разведение до 10 процентов, то по линии ОМС. Это все связано с высокой затратностью утилизации сильно минерализованной воды, так как ее нельзя сбрасывать в городскую канализацию – нужно разбавлять. Из-за этих дополнительных расходов такие ванны могут быть только платными. Но если ванна по количеству соли воссоздает воду, скажем, средиземноморскую, то можно и по линии ОМС. А эффект, как будто Вы побывали в Египте. Также неплохо.

– А если пациент хочет «побывать примерно на Мертвом море», то надо все-таки заплатить.

– Да.

– Высокотехнологичную медицинскую помощь оказываете?

– Могу сказать с гордостью, в 2020 году получили соответствующую лицензию. Пациент направляется лечащим врачом в наш центр на нейрореабилитацию при соответствующих показаниях и по согласованию с региональным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения. Финансирование происходит из федерального фонда ОМС, то есть бесплатно для пациентов. При желании пациенты могут пройти тот же курс реабилитации ВМП за собственные средства. Среди оказываемых в рамках ВМП процедур особенно хотелось бы выделить такую уникальную процедуру, как *транскраниальная магнитная стимуляция (проводится локально, в зоне, в которой произошло кровоизлияние). (*Транскраниальная магнитная стимуляция – метод, позволяющий неинвазивно стимулировать кору головного мозга при помощи коротких магнитных импульсов. – Прим. ред.).

С помощью тренажеров с биологической обратной связью пациенты тренируют свой вестибулярный аппарат, восстанавливают нарушенные двигательные функции, которые возникли в верхних и нижних конечностях. Используется и виртуальная реальность. В нашем центре данная технология представлена особым костюмом и специальными очками, которые человек надевает, чтобы испытать весь спектр недоступных ему в обычной жизни ощущений. В нашем центре пациент в рамках оказания ВМП находится 21 день. Через три недели люди, которых привезли на каталке, уходят на своих ногах. А в течение года они имеют право еще раз пройти курс у нас. В итоге показатель эффективности реабилитационных мероприятий составляет уже около 80-90 процентов.

– Я не знала, что виртуальную реальность используют в медицинских целях. Действительно, для мозга очень хорошая такая тренировка получается. А что с COVID-19? Вы как-то участвовали?

– Да. Он мимо нас не прошел. Когда министр в апреле 2019 начал задавать простые вопросы, стало очевидно, что и в нашем центре необходима реанимация. Никто не говорил тогда о реабилитации, все думали о реанимации. У нас в центре такого отделения не было. Мы бросили все силы и открыли у себя отделение реанимации и интенсивной терапии, так как пациенты, даже уже перенесшие COVID-19, долгое время находятся в нестабильном состоянии, у них есть необходимость восстановления дыхания, кислород дополнительный, поэтому мы сделали отделение реанимации и интенсивной терапии на 6 коек и начали принимать в первую очередь тяжелых пациентов, у которых возникала угроза фиброза легких.



Кроме лечебной физкультуры и физиотерапии организовали дистанционную реабилитацию, когда инструктор дает рекомендации удаленно по видеосвязи. Уже пролечили так более трех тысяч пациентов. Теперь это доступно всем, кому это показано.

– А насколько можно реабилитироваться после COVID-19?

– Даже для таких последствий, как отсутствие обоняния, которое достаточно долго не проходит, мы разработали методику снятия отека обонятельных нейронов с помощью физиотерапии и бальнеотерапевтические орошения полости носа разведенной рапой.

Научились справляться и с основным осложнением – фиброзом, который в основном проявляется одышкой.

– Сколько пациентов в год проходят через ваш центр?

– Наш центр – это не только Арбат, а еще и 7 филиалов. В Геленджике один, в Ставропольском крае 5 филиалов и в Московской области в селе Юдино один. Всего 2024 койки. Из них 1500 санаторно-курортные и более 540 это реабилитационные. А всего у нас в год проходят лечение более 30 тысяч пациентов.

Мы занимаемся санаторно-курортным лечением, поэтому в 85 субъектах РФ оказываем организационно-методическую помощь по внедрению телемедицинских технологий.

Теперь, пройдя онлайн-консультацию, пациент даже с Камчатки может получить сначала реабилитационный курс у нас, а потом и санаторно-курортное лечение в каком-нибудь из филиалов. Так удалось в разы повысить количество наших пациентов и оборот коек. Сейчас здесь на Арбате более 240 коек, а было только 99.

– И сколько из них оплачивается из фонда ОМС?

– У нас два профиля – медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение. И такое же соотношение в санаториях: 50 на 50, а по реабилитации платных только 10 процентов, остальные в рамках ОМС.

Стали активно заниматься и научными исследованиями – постковидной реабилитацией, остеопорозом и сосудистыми заболеваниями.

Еще у нас есть Центр экспертизы природных лечебных ресурсов, в том числе минеральных вод.

Мы проводим огромную законодательную работу и пытаемся внести изменения в законы, чтобы все упорядочить...

Также проводим научные исследования. На сегодня мы проработали огромную законодательную работу и пытаемся внести изменения в законы...

Еще готовим специалистов по лечебной физкультуре и физиотерапии. Появилась и новая специальность – врач физической реабилитации и курортологии.

Приглашаем всех посетить наш научный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии.



Ванна «Бабочка» с воздушным гидромассажем для водного вытяжения позвоночника.

Каждый человек должен быть своевременно обеспечен лекарственными препаратами. Информация о пациенте уже при подготовке к выписке должна идти в поликлинику или аптечную организацию, и лекарственные препараты должны быть обеспечены уже в тот же день.

Михаил Мурашко



Александр АПАЗОВ
Президент АО «Фармимэкс»,
президент союза
«Национальная
Фармацевтическая Палата»



Преемник Главного аптечного управления СССР, компания «Фармимэкс» более 70 лет представлена на российском и зарубежном фармацевтических рынках. В активе компании 11 филиалов, 4 дочерних предприятия, 2 региональных торговых представительства, мощная аптечная сеть в 83 субъектах РФ, насчитывающая свыше двухсот аптечных организаций, и завод по производству препаратов крови, в том числе и уникальных для лечения рака.

Группа компаний «Фармимэкс» входит в тройку крупнейших фармацевтических дистрибуторов на рынке государственных закупок с оборотом более 70 млрд рублей в год.

Компания активно участвует в государственной программе по обеспечению льготников бесплатными лекарственными препаратами. Доля в поставках по этой программе – около 10 процентов, что позволяет обеспечить необходимыми лекарственными средствами граждан льготной категории в 17 субъектах РФ.

– Александр Дмитриевич, как Вы, будучи руководителем крупного фармацевтического предприятия, а иногда и пациентом, оцениваете деятельность Министерства здравоохранения?

– Положительно. Очевидно, что главным испытанием для пришедшего в начале 2020 года на пост министра здравоохранения Михаила Альбертовича стала пандемия COVID-19. Но Минздрав сработал очень эффективно, в том числе благодаря тому, что новое руководство молодое и может работать круглосуточно. Насколько мне известно, они так и работают. Коронавирус не был изучен, и приходилось идти опытным путем. Поэтому и методы лечения, и препараты пересматривались и, соответственно, происходила переориентация медицинской промышленности и лечебных заведений. За счет мобильности мышления новой команды правительства у нас неплохие результаты. Это дало нам возможность опередить Запад и в разработке вакцины, хотя и предпринимаются попытки ее необоснованной критики – мол, она недостаточно исследована.

Заметно повышается престиж медицинских работников. Благодаря личному участию нового министра решением правительства введен День фармацевтического работника. До его вмешательства этим вопросом без результатов занимались около 10 лет.

А перевести классификацию аптек из организаций торговли в учреждения здравоохранения мы просили даже больше 10 лет. Но только при содействии Мурашко вопрос включения аптек в Единую номенклатуру учреждений здравоохранения сдвинулся с мертвой точки, и в ближайшее время будут рассмотрены предложения о необходимости изменений в законодательстве.

Как руководитель предприятия, работающего на обеспечение государственных нужд, я замечая, что намного эффективнее стала работа правительства. Сегодня очевидно стремление государственного аппарата получить положительный результат своей работы.

А нашему министру удалось наладить бесперебойное обеспечение лекарствами во время COVID-19, и это потребовало новых медицинских средств. Поэтому была оперативно упрощена регистрация медицинских изделий и лекарств.

Кроме того, Минздрав ввел риск-ориентированные программы. Огромным вкладом в обеспечение безопасности здоровья наших граждан считаю создание лабораторий по всем округам. А к 2024 году планируется организовать современную лабораторную диагностику в каждом городе.

Повысилась доступность и качество лекарственных средств, в первую очередь инновационных онкологических таргетных перпаратов и многих лекарств для лечения орфанных (редких) заболеваний.

Еще когда Михаил Альбертович возглавлял Росздравнадзор, были внедрены системный подход к качеству лекарственных препаратов и система маркировки лекарственных средств, оптимизирована контрольно-надзорная деятельность, а также были систематизированы обязательные требования.

– Как отразилось введение маркировки лекарственных средств на производстве и реализации медикаментов? Повлияло ли это в целом на качество и на лечение больных?

– Считаю, что была введена просто революционная система борьбы с коррупцией, контрафактными и фальсифицированными лекарственными препаратами.

Прежде всего, это личный вклад Мурашко как организатора здравоохранения. Ему пришлось преодолеть сопротивление многих субъектов фармрынка при внедрении этой системы.

Безусловно, это дополнительная нагрузка на все лекарственное обеспечение, но имеющиеся сегодня результаты говорят, что это было сделано не напрасно.

Фальсификация – это преступление, спланированное не одним человеком и даже не одной организацией, а преступной группировкой, потому что фальсификат надо еще и реализовать. Система маркировки лекарств позволяет бороться с этим более эффективно. Наша группа компаний в последние годы уделяла большое внимание вопросу внедрения маркировки, сериализации и мониторинга лекарственных средств, так как в нашем портфеле много препаратов, входящих в программу ВЗН (высокозатратных нозологий). Наиболее сложно было запустить программно-аппаратный комплекс, предназначенный для настройки оборудования по нанесению маркировки. А главное, обучить работающий на нем персонал. Но зато сейчас мы видим результат.

– Как работаете с Минздравом в режиме пандемии?

– Мы связь с Министерством здравоохранения никогда не теряли, прежде всего, по общественной линии, так как я являюсь президентом союза «Национальная фармацевтическая палата» и многие вопросы, касающиеся работы аптечной службы, мы согласовываем и совместно решаем актуальные задачи. Многое приходится оперативно решать и с региональным здравоохранением. Иногда помогаем им с переброской определенных препаратов, потому что у нас на всех этапах складирования и транспортировки обеспечивается на высоком уровне установленный для препаратов валидированный холодовый режим. Все оперативно решаем и всегда на связи, но в рамках закона № 144-ФЗ.

– Как сегодня развивается «Фармимэкс», какие проекты реализуются совместно с Минздравом? Что делается для обеспечения государственных нужд?

– Вы знаете, что в сентябре 2018 года в Минпромторге РФ был подписан специальный инвестиционный контракт (СПИК) в целях создания в Скопинском районе Рязанской области завода полного цикла по производству биофармацевтических препаратов, субстанций и препаратов из плазмы крови человека, в который было вложено 5,3 млрд рублей.

Теперь этот район становится одной из основных площадок для производства фармацевтической продукции в Рязанской области, потому что 4 октября 2021 года на площадке ежегодного форума «Биотехмед» в Геленджике были подписаны уже следующий специальный инвестиционный контракт между Минпромторгом, администрацией Рязанской области и компанией «Скопинфарм». В церемонии подписания участвовали губернатор Николай Любимов, министр промышленности и торговли России Денис Мантуров и генеральный директор ООО «Скопинфарм» Инга Нижагардзе.

Данный специнвестконтракт с ООО «Скопинфарм» стал первым контрактом в России, подписанным в формате СПИК 2.0 (Государством был усовершенствован механизм СПИК, в частности, исключен входной порог по минимальному объему инвестиций, срок действия СПИК повышен с 10 лет до 20 лет, введен конкурсный отбор. Для инициализации заключения СПИК 2.0 необходимо наличие современной технологии. – Прим.ред.).

Реализация контракта позволит создать на территории региона производство более шести видов самых современных онкологических препаратов, защищенных патентом, которые ранее не выпускались в России. Указанные проекты также поддерживаются Министерством здравоохранения РФ.

СПИК 2.0 позволит постоянно наращивать объемы производства лекарственных средств. Сегодня в России с учетом пандемии на развитие фармацевтической промышленности обращается серьезное внимание, например, если в 2019 году в производстве инновационных лекарств на «Скопинфарме» было вложено 4,7 млрд руб., то в 2020 году уже 9,3 млрд руб., а в 2021 году ожидаемые объемы составили около 15 млрд руб.

– Такие огромные средства направляются на создание производств препаратов на основе плазмы крови, которые применяются для лечения орфанных заболеваний. А сколько больных, в них нуждающихся? Это же редкие заболевания.

– В настоящее время у нас в стране не больше 10 тысяч больных гемофилией, болезнью Виллебранда, что делает их редкими, орфанными заболеваниями.

Создавая новые производства, мы сохраняем жизни этих больных. К тому же производить отечественные лекарства существенно дешевле, чем закупать импортные.

Кроме развития производственной базы, мы сейчас озабочены привлечением внимания общественности к орфанным заболеваниям. Они встречаются редко, поэтому они мало исследованы. Изучение этих болезней не входит в обязательную программу медицинских вузов, и, как следствие, экспертов с такой специализацией крайне мало. В разных странах государство финансирует от 10 до 60 процентов стоимости лечения орфанных заболеваний. Однако диагностика и методы лечения редких заболеваний требуют глубоких исследований, а стоимость лекарств, оперативного вмешательства, терапии и паллиативной помощи крайне высока.

С целью поддержки пациентов из этой группы заболеваний мы приняли участие в информационной кампании «Редкое искусство помогать», объединяющей благотворителей, бизнес и медиа. Кампания носит просветительский характер и призвана рассказать обществу о трудностях лечения редких заболеваний, а также об особенных потребностях пациентов. Важно широко освещать данную проблематику, пробовать разные форматы взаимодействия с общественностью: пресс-конференции, благотворительные концерты...



В основу креативной концепции кампании «Редкое искусство помогать» легло сравнение стоимости произведений искусства и помощи «редким» больным: «Может ли лечение стоить, как мировой шедевр?» В проекте используется оцифрованная версия картины Густава Климта «Поцелуй», представленная галереей Бельведер (Вена, Австрия).

В общественном сознании цены на мировые шедевры оправданы их ценностью, при этом зачастую стоимость лечения редких заболеваний вызывает вопросы. Между тем, помощь таким людям и есть настоящее искусство. А лечение и лекарства – шедевры науки, которые могут спасти тысячи жизней.

В проекте принимают участие фонды: «Дети-бабочки», «Подсолнух», «Хрупкие люди», «Дом с маяком», Фонд борьбы с лейкемией, «МойМио», «Семья СМА», «География добра», «Живи сейчас».

Кроме того, в кампании «Редкое искусство помогать» принимают участие социально ответственные бренды и лидеры общественного мнения. Коммуникационное ядро проекта – его официальный сайт rare-art.ru, где можно узнать больше о проблеме орфанных заболеваний, ознакомиться с информацией о фондах-партнерах, перейти на официальный сайт каждого фонда и сделать пожертвование. Все вырученные таким образом средства будут направлены на оказание бесплатной лекарственной помощи больным людям.

Надеюсь, что наши совместные усилия, реализовавшись в проекте «Редкое искусство помогать», вдохновят общество на добрые дела и придадут людям сил и энергии для проявления человеколюбия. Как произведения искусства призваны будить в людях прекрасные чувства, так и эта кампания поможет многим открыть в себе лучшие качества, а больным людям – веру в жизнь и добро.



Михаил МУРАШКО Министр здравоохранения РФ

– Михаил Альбертович, что сегодня изменилось в нашем здравоохранении?

– Медицинские организации становятся более пациентоориентированными – повышается уровень эффективности их работы за счет сокращения времени пребывания пациента в очередях с помощью «электронных регистратур».

Благодаря «Цифровому профилю пациента», введенному для выработки персонального подхода к каждому, как уже сейчас, так и в дальнейшем, удастся выявлять заболевания на ранних стадиях, оказывать полноценную и всеохватывающую медицинскую помощь всем группам населения.

Именно такой подход является приоритетным, фундаментальным и, в то же время, уникальным, поскольку во многом результат оказания помощи в рамках первичного звена предопределяет, потребуются ли пациенту сложное медицинское вмешательство в будущем.

Уровень внедрения информационных технологий в организацию здравоохранения, достигнутый до пандемии, уже позволил в кратчайшие сроки создать цифровую платформу – единый регистр заболевших COVID-19, который обеспечил персонализированное ведение каждого заболевшего на всех этапах, его преемственность и непрерывность, когда все данные аккумулируются в едином цифровом контуре и доступны в режиме онлайн всем участникам процесса.

Ключевым ответом на новую угрозу стало создание системы анализа и мониторинга важнейших показателей деятельности систем здравоохранения на основе первичных данных.

Сегодня эта единая цифровая платформа охватывает не только заболевших коронавирусом, но и прошедших вакцинацию на всех этапах медицинского сопровождения. Это позволило создать актуальную базу всех людей с подтвержденным диагнозом COVID-19 и имеющих иммунитет к нему, так как все результаты исследований сразу попадают в электронную базу данных.

Создаваемая сегодня вертикально-интегрированная информационная система по инфекционным болезням уже позволяет отслеживать путь каждого пациента от положительного теста до выздоровления, от записи на вакцинацию до получения сертификата в электронном виде.

Ряд регионов уже фактически имеет цифровой профиль пациентов с перечнем диагнозов, включенных в Международную классификацию болезней, которые так или иначе зашифрованы.

Чтобы повысить качество оказания медицинской помощи, мы внедряем вертикально-интегрированные информационные системы по профилям «Онкология», «Сердечно-сосудистые заболевания», а также «Акушерство и неонатология». Они уже внедрены в работу ряда учреждений с оцифрованными данными и клиническими рекомендациями, порядком оказания медицинской помощи по необходимому профилю, справочниками и классификаторами. Эти системы, содержащие и регистр пациентов, позволяют проследить весь их путь от подозрения на диагноз до реабилитации.

Внедрение подобных систем является современным инструментом для выстраивания маршрутизации пациентов, обеспечения ранней диагностики заболеваний и персонализации подходов к оказанию медицинской помощи. На сегодняшний день информационные системы уже активно используются в подведомственных Минздраву России учреждениях и ряде пилотных регионов. В ближайшее время они будут внедряться на всей территории нашей страны.

Сегодня искусственный интеллект начал распознавать и трактовать изображения с компьютерных томографов и снимки с рентген-аппаратов, что уже пригодилось нам в период пандемии – для определения ковидного поражения легких. Это внедрение позволит снизить риск человеческого фактора при постановке диагноза. При этом ошибки не исключены, но в совместной работе с человеком это дает положительный результат.



Владимир СТАРОДУБОВ Научный руководитель ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Родился 17 мая 1950 года в Каргапольском районе Курганской области, станция Кособродск. Окончил в 1973 году Свердловский медицинский институт. Академик РАМН и РАН, заслуженный врач РФ, профессор. Женат, две дочери: обе врачи – одна кардиолог, д. м. н., другая – стоматолог, к. м. н., одна внучка и двое внуков. Хобби: «У меня оно одно – работа, но и спортом немного занимался – теннисом и волейболом».



– Владимир Иванович, увеличился ли у Вас объем работы в связи с новыми тенденциями? Премьер и новый министр здравоохранения взяли курс на цифровизацию всего. Причем все это происходит бешеными темпами из-за коронавируса. Как Вы относитесь к этим новым требованиям?

– Наш институт исторически собирает всю статистику по стране. С 1992 года накопился большой массив данных, которые уже используются для принятия инновационных решений, и не только для них.

У нас есть учетная форма: такое-то количество больных с такой-то патологией. Но самый лучший и проверенный вариант – это регистр больных, который является более точным, что называется, актуализированным. Эту статистику мы собирали по годовым отчетам. Нужна статистика современная, например, сколько больных со спинально-мышечной атрофией, с таким-то типом и так далее. Это могут дать только регистры. И чем раньше мы перейдем к ним, тем больше у нас будет оперативной информации для принятия решений.

– А какие перспективы?

– Над этим работаем. Михаил Альбертович такой человек, что если сегодня сказал «Надо!», завтра должно быть сделано. Сейчас усиленными темпами на базе нашего института создается аналитический центр для принятия решений в сложных ситуациях по примеру ситуационного центра при Федеральной налоговой службе, который в свое время организовал Мишустин. По институту объем работы, связанный с цифровизацией в здравоохранении, увеличилсякратно, и это при том, что Минздравом в свое время было создано подразделение, которое занимается нормативно-справочной информацией. Это азы, без которых цифровизация невозможна, так как нужно, чтобы пользовались одними и теми же понятиями и так далее.

Только в справочнике лекарственных средств несколько тысяч наименований, которые нужно каждый год актуализировать, потому что добавляются новые. Это подготовительная база для того, чтобы создавать программные продукты, которыми будут пользоваться в здравоохранении. С этого начинается перевод всего в «цифру», чтобы все разговаривали на одном языке, который утвержден в нормативном плане.

– Я общалась с руководителями федеральных медицинских учреждений, там у них есть некие информационные системы, где они ведут учет своей работы.

– И каждый изобретает свой велосипед.

– Мне тоже показалось, что у них разные подходы и они никак не интегрированы в общую систему здравоохранения.



Григорий РОДОМАН Главный врач Городской клинической больницы № 24 – Московского городского центра колопроктологии

Родился 9 августа 1958 года, женат, имеет двух детей и 5 внуков. Окончил 2-й МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, зав. кафедрой лечебного факультета этого ВУЗа, д. м. н., профессор. Хобби – работа.

– Григорий Владимирович, что такое сертификат, который медучреждениям рекомендуют оформлять Минздрав?

– Это сертификат Росздравнадзора, который выдается, если больница соответствует определенным критериям по внутреннему аудиту качества, который проводится в самом учреждении: выполнение всех стандартных процедур и маршрутизация, то есть отслеживание больного на всех этапах оказания медицинской помощи.

Например, профилактика падений, так как бывает, что больные после операции недооценивают свое состояние: пошел в туалет – упал и получил травму. Или профилактика

Человек вылечился и ушел из больницы, но эти данные никак не попадают в медицинскую карту лечащего врача.

– В Москве не так. Уже заведено несколько миллионов амбулаторных карт, куда попадают все выписки из всех больниц. В странах ЕС используется код двойного доступа, когда пациент и врач одновременно нажимают две кнопки. И вместе получают доступ к медкарте пациента. В ряде наших регионов это уже делается.

– Москва рекомендациями Минздрава пользуется?

– Учитывает их, а иногда и добавляет нечто свое, что опережает федеральное.

– Организация здравоохранения у нас интересная, потому что региональные министерства подчиняются местным властям, а не Минздраву.

– Пытаются принять постановления и закон, чтобы субъекты согласовывали свои действия на совещаниях региональных министров здравоохранения с Минздравом России. И они все уже проходят стажировку и проверку в Минздраве, в том числе через наш институт.

– Хорошо, согласовали. Но возникает вопрос, что можно организовать, если нет прямого подчинения?

– Мы без него уже 30 лет живем. Есть механизмы влияния, потому что приказы нашего министерства обязательны на всей территории страны.

– А если не выполняют приказ?

– Выполняют. Иначе министр обращается к главе субъекта о несостоятельности или некомпетентности руководителя здравоохранения, если не выполняют. То есть рычаги влияния через главу.

– В существующей системе, чтобы получить направление к специалисту даже инвалиду по сердечно-сосудистому заболеванию, нужно прийти сначала к терапевту, получить у него направление, потом обратиться к кардиологу, и он уже назначит ЭКГ. Хождение по поликлинике, особенно в пандемию, не очень веселое занятие.

– Направление к узким специалистам дает участковый терапевт – это прописано в законе: № 323-ФЗ. Узкие специалисты дороги, их нужно использовать, только когда участковый врач своими знаниями и умениями не может вылечить больного. С этой точки зрения абсолютно правильное решение.

– Но профилактика дешевле, чем лечение. На учете у кардиолога стоят после инфаркта, у невролога – после инсульта. А те, которым это только угрожает, ждут своей печальной участи в очереди к терапевту. Да и к нему даже инвалиду, если он не ветеран войны, в случае ухудшения самочувствия можно попасть только по предварительной записи.

– У нас система была выстроена так, что узкий специалист должен оказывать помощь только тем больным, которые в ней нуждаются.

– И как решается проблема нехватки узких специалистов?

– У нас и участковых терапевтов не хватает. Их надо укомплектовывать в первую очередь.

– Есть ли какие-нибудь идеи, почему раньше хватало, а теперь не хватает?

– Их и раньше не хватало.

– Но все-таки не до такой степени.

– Что Вы! Это Вы в Советском Союзе не пожили. Врачей не хватало и в советские времена.

– То есть пока ничем не поадуете?

– Да, в этом отношении не могу не согласиться. Но какой-то свет появился в конце тоннеля.

пролежней. Определенная процедура позволяет нам избежать их образования, которое может привести к тяжелому ухудшению состояния больного и даже к смерти в ряде случаев.

Еще одна глобальная проблема – это профилактика тромбозомболических осложнений.

Чтобы разобраться, как функционирует учреждение, оно должно заниматься внутренним аудитом качества оказания медицинской помощи и того, что требуется больным. То есть процесс постоянный и на каждом этапе есть свой алгоритм действий. Такой стандарт качества оказания помощи помог нам построить COVID-госпиталь в ВДНХ.

– Вы про отслеживание пациентов на разных этапах?

– Внедрение Единой информационной медицинской системы – это заслуга мэрии Москвы. Она позволяет врачу увидеть также, какими болезнями болел и как лечился больной раньше.

– Это доступно только в Москве?

– В Москве Сергей Семенович и Ракова Анастасия Владимировна очень активно это развивают.

– Что это за система?

– Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) – это комплекс технологий и инструментов, цель которого обеспечить информационную поддержку для качественной организации рабочих процессов.

За этим будущее. Теперь врач сможет посмотреть снимки и дать заключение в любое время, даже находясь дома.

Сегодня и завтра



М. Мурашко и М. Мишустин инспектируют Чукотскую окружную больницу.
Фото Д. Астахов/РИА Новости

ПЕРСОНА 7

Андрей КАПРИН Генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России

Родился 2 августа 1966 года в Москве в семье летчика-участника ВОВ, Героя СССР Каприна Д. В. Окончил лечебный факультет Московского медицинского стоматологического института, в 1996 году аспирантуру при кафедре урологии этого же института, затем Российскую академию госслужбы при Президенте РФ по специальности «Государственная служба и кадровая политика». Академик РАН и РАО.

Возглавляет сразу два союза онкологов: Ассоциацию онкологов России и Ассоциацию директоров центров и институтов онкологии и рентгенодиагностики стран СНГ и Евразии.

— Андрей Дмитриевич, какие успехи в реализации нацпроекта «Здравоохранение» и федеральной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями»?

— С 2019 года в нашей стране стартовал федеральный проект по борьбе с онкологическими заболеваниями. Перед нами были поставлены очень серьезные задачи: к 2024 году показатель смертности от новообразований должен снизиться до 185 случаев на 100 тысяч человек, а однолетняя летальность — до 17,3 процент. Все это возможно только при одном условии: онкологическая помощь должна стать доступной и качественной. Мы понимали, что основой всех изменений должна стать идеология индивидуального подхода к каждому пациенту — это было четко сформулировано Минздравом России.

Чтобы приблизить помощь к пациенту вне зависимости от того, где он живет, было открыто 342 центра амбулаторной онкологической помощи в 8 федеральных округах.

С января 2022 года вступает в силу новый Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, согласно которому медицинская помощь онкологическим больным будет оказываться по единым стандартам, вне зависимости от региона проживания. Еще одна важная цель — обеспечить преемственность диагностики и лечения.



Лео БОКЕРИЯ Президент Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева Минздрава России

Родился 22 декабря 1939 года в городе Очамчира Абхазской АССР. В 1965 году окончил Первый Московский медицинский институт им. И. М. Сеченова, затем там же аспирантуру. Профессор, академик РАН и РАМН, лауреат Ленинской и государственных премий СССР и РФ.

— Лео Антонович, как Вы относитесь к цифровизации, к созданию базы электронных медицинских карт?

— У нас еще в советское время было сотрудничество с американскими коллегами. А у них уже тогда был очень высокий

Анатолий ФЕСЮН Исполняющий обязанности директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России

— Анатолий Дмитриевич, сейчас в здравоохранении многое нацелено на цифровизацию, создание реестров, общей системы, в которой все централизованно упорядочено. Вас это как-то коснулось?

— Силами нашего центра ведется Государственный реестр курортного фонда Российской Федерации. Если сейчас в Яндекс набрать «санаторно-курортное лечение», то первое, что вы увидите — сайт этого реестра kurort.minzdrav.gov.ru. Там можно выбрать по расширенным параметрам тот курорт, который вам необходим, какая у него лечебная грязь, минеральная вода и так далее. На карте можно выбрать санаторий, посмотреть его, найти ответы на любые вопросы о санаторно-курортном лечении.

Когда мы начали эту работу, было 1300 санаториев в этой базе, а сейчас в ней 2090 здравниц. И это все медицинские организации, получившие лицензию на санаторно-курортное лечение. Мы актуализировали базу на основе их данных.

А то был санаторий в Хабаровском крае или где-то в Еврейской автономной области, а ничего не было о нем известно. Мы сейчас способствуем тому, чтобы вся информация была доступна гражданам.

На следующем этапе у нас такое пожелание, чтобы все-таки врач, который провел диспансеризацию, мог спокойно заполнить санаторно-курортную карту и привязать ее к Госуслугам.

В каждом регионе специальными актами будут закреплены правила маршрутизации пациента. Они будут включать перечень медицинских организаций, в которые пациент будет направлен для диагностики и лечения в зависимости от вида злокачественного образования. Это существенно ускорит сроки получения помощи, особенно если учесть, что они теперь строго регламентированы. Причем в этот перечень войдут и государственные, и частные медучреждения, участвующие в территориальной программе ОМС и обладающие лицензией.

Важно, что при подготовке Порядка полностью сохранена возможность получения высокотехнологической помощи в федеральных медицинских центрах. Более того, мы учли пожелания пациентов в отношении выбора клиники: теперь можно обратиться в федеральный медицинский центр по решению онкологического консилиума или даже по собственной инициативе.

Но в первую очередь речь идет о сложной хирургии, лучевой терапии и иных видах высокотехнологической медицинской помощи, которую не всегда можно получить в регионах.

Телемедицинские консультации ведущих экспертов для пациентов в любой точке страны. Для онкологической службы это по-настоящему серьезное оружие против рака, особенно в период пандемии. Мы давно пользуемся этими методиками.

— В следующем году в нескольких регионах начнут внедрять ВИМИС (Вертикально-интегральная медицинская информационная система)...

— Да, и это новшество очень поддержал министр. Даже самые отдаленные регионы смогут получать высококвалифицированную помощь на местах, консультироваться с федеральными центрами напрямую, а мы сможем проследить путь любого пациента, правильное соблюдение клинических рекомендаций, вплоть до появления «красной» кнопки, если по какой-то причине нарушен протокол лечения. Все можно будет анализировать и прогнозировать, в том числе закупку препаратов по регионам. При установке диагноза система позволит проанализировать рентгеновское или КТ изображение опухоли, эксперт сможет проверить диагноз, а врач получит компетентный совет.

уровень компьютерного обеспечения, чего не было в нашей стране. И американцы еще тогда хотели оцифровать всю медицину. Но столкнулись с проблемой — утечкой персональных данных. Это серьезная проблема.

— Электронная система вашего научного центра интегрирована в общую систему здравоохранения?

— Она здесь существует с незапамятных времен. Но как она может быть интегрирована, когда у нас в стране ее пока нет!

— Если все о здоровье пациента будет отражено в электронной медкарте, то будет меньше врачебных ошибок.

— Важно, чтобы в любой момент можно было посмотреть, что и как. И врач бы на выяснение подробностей не тратил время. Но как научить людей в далеком поселении, где проживает 5-10 семей, заносить такие данные в компьютер? Да и Интернет далеко не везде есть.

— То есть это задачи не ближайшего пятилетия?

— Хорошо, если сможем оцифровать большие города, которые станут источниками информации.

Чтобы пациент, в зависимости от того, хочет он ехать в санаторий платно, бесплатно или по госзаданию, смог отсюда ее загрузить и реализовать. Она действует полгода. И всем очень удобно.

Эти мысли у нас давно были, и спасибо Михаилу Альбертовичу за то, что он нас в этом поддержал, и мы теперь очень хорошо развиваемся.

— В каких случаях за это придется платить пациенту?

— Хотя эта услуга называется «санаторно-курортное лечение», она не входит в ОМС. Поэтому мы подготовили необходимые изменения в законодательную базу. Может быть, депутаты новой Думы все-таки изменят статью о санаторно-курортном лечении, и оно войдет в ряды специализированной медицинской помощи. Тогда врач, проведя диспансеризацию или более глубокое медицинское обследование и обнаружив у пациента, к примеру, болезни органов дыхания, сможет прописать ему нужный курорт, сориентировавшись по сайту Государственного реестра курортного фонда РФ.

— Это ведь еще и профилактика, а не только реабилитация.

— Вторичная профилактика. Помните, раньше при заводах были такие санатории-профилактории для здоровых людей — первичная профилактика, но сейчас этого, увы, практически нет, хотя легче же предупредить, чем потом лечить.



Михаил МУРАШКО Министр здравоохранения РФ

— Михаил Альбертович, будет ли внедрен электронный рецепт?

— Внедрение системы электронных рецептов предусмотрено в рамках национального проекта «Здравоохранение», и в том числе создание цифрового контура. В настоящий момент ряд субъектов уже отработывают этот механизм в пилотном режиме. К концу 2023 года этими рецептами смогут пользоваться по всей стране. Эта работа осуществляется в рамках создания цифрового контура здравоохранения.

Конечно, на пути к этой цели нам необходимо решить ряд задач, среди которых и неоднородный уровень цифровой зрелости субъектов. Проще говоря, технологически пока не все регионы готовы к этому шагу, но действовать в этом направлении придется всем.

Пандемия показала, насколько востребованы сейчас цифровые сервисы. В сотни раз увеличилось число телемедицинских консультаций, что позволяет нам принимать решения, основываясь на данных реального времени, а не на регулярных отчет[ах] субъектов. Все эти инструменты позволяют повысить доступность и качество медицинской помощи, а также, что немаловажно, облегчить жизнь и врачам, и пациентам.

Цифровыми должны быть не только рецепты, но и страховые полисы, листки нетрудоспособности и другие медицинские документы. Так, к примеру, электронная история болезни позволяет обеспечить преемственность медицинской помощи, и самому больному не нужно будет ездить в одно медицинское учреждение, чтобы взять там выписку и привезти в другое. Вся медицинская информация должна быть доступной пациенту в цифровом виде так, чтобы в любой момент он мог к ней обратиться.

— Что сейчас делается для того, чтобы снизить количество визитов в поликлинику, где есть риск подхватить COVID-19, хотя бы для пациентов с уже поставленными диагнозами хронических заболеваний?

— Для решения этой задачи реализуется комплекс мер, в том числе в рамках национального проекта «Здравоохранение». Речь идет в первую очередь о федеральном проекте «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» и о мероприятиях по созданию и тиражированию «Новой модели организации оказания медицинской помощи», направленных на обеспечение доступности первичной помощи.

Это удобная система информирования и эффективная система навигации, а также сокращение временных потерь пациентов в поликлиниках при получении первичной помощи, то есть ожидание визита в поликлинику, приема перед кабинетом, повторные явки, дублирование записей в разных формах медицинской документации, лишние перемещения по зданию.

В поликлиниках, работающих по новой модели, разводятся потоки во времени и пространстве, исключают пересечение людей с разными целями обращения, предотвращают лишнее хождение по кабинетам. Также создаются комфортные условия пребывания как самих пациентов, так и их законных представителей или членов их семей.

Развиваются дистанционные способы предоставления медицинских услуг через региональные порталы и единый портал государственных и муниципальных услуг. Пандемия существенно ускорила эти процессы.

В итоге уже в 2021 году для повышения эффективности оказания медицинской помощи в настоящих условиях были реализованы такие мероприятия, как организация вакцинации населения против COVID-19, разделение потоков пациентов с различной степенью эпидемиологической опасности в стационарах, организация приема и медицинского обслуживания на дому больных с подозрением на COVID-19, проведение углубленной диспансеризации и реабилитация уже переболевших граждан. И конечно же, развитие телемедицинских консультаций.



МИХАИЛ МУРАШКО
Министр здравоохранения РФ

– Какими новыми внедрениями, уникальными операциями или новыми способами лечения могут особенно гордиться наши врачи?

– Современная медицина не стоит на месте, и наши специалисты создают новые уникальные методы лечения в том числе самых сложных заболеваний. А наше министерство постоянно следит за этими достижениями, как в субъектах, так и в подведомственных нам центрах.

Несмотря на пандемию коронавируса плановая и не плановая медицинская помощь россиянам у нас не останавливается.

Более того, расширяются возможности по оказанию различных высокотехнологичных видов такой помощи, в том числе непосредственно в самих субъектах. Например, в Свердловской области врачи уже проводят восстановление груди после мастэктомии при раке молочной железы, в Якутии детям, у которых врожденная катаракта, начали делать операции по замене хрусталика.

В Москве в НИИЦ глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России сделана операция по восстановлению зрения девочке-подростку, у которой из-за наследственной патологии сетчатки было всего 20-процентное зрение. При этой сложной и редкой патологии из-за мутации одного единственного гена клетки медленно отмирают, поэтому сначала ребенок не различает цвета, плохо видит предметы, а в темноте и вовсе не видит. А если бы девочке не провели генотерапию, она могла бы совсем ослепнуть. Введением в микроотверстие в сетчатке глаза эксклюзивного препарата врачи центра, грубо говоря, «заменяли» поврежденный ген на здоровый. Это очень сложная операция, требовала от хирургов филигранной точности.

Препарат стоимостью в несколько десятков миллионов рублей был закуплен для девочки благодаря фонду «Круг добра».

Также по всей стране мы уже реализуем целый комплекс мероприятий для решения нашей самой главной задачи – увеличения средней по стране продолжительности жизни людей до 78 лет. Это и профилактика, и диагностика, направленная на раннее выявление заболеваний, а также, несмотря на пандемию, сопровождение пациентов, имеющих хронические неинфекционные заболевания.

Наша справка

Починить неисправный ген можно с помощью обезвреженных вирусов. Они не только транспортируют нужный белок, но и встраивают правильную информацию в ДНК. Таким образом можно остановить гибель клеток.

Но сложность в том, что сетчатка исчисляется микронами, и нужно очень аккуратно ввести под нее дорогостоящий препарат. Это не просто укол, а сложнейшая эндоскопическая операция. Под контролем микроскопов инструментами не толще человеческого волоса делают три микроотверстия. После чего аккуратно, не повреждая здоровые клетки сетчатки, вводят препарат. И наследственные болезни, из-за которых дети раньше становились инвалидами, теперь излечимы.

Уникальная операция стала возможной благодаря деятельности фонда «Круг добра» для поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными).

Этот фонд, учредителем которого является Минздрав, был создан по инициативе Президента РФ Владимира Путина. Основным источником финансирования – бюджетные ассигнования за счет прибавки двух процентов к налогу на доходы физических лиц, чей доход превышает 5 млн рублей в год.

На 11 ноября 2021 года 1704 ребенка получили через фонд «Круг добра» лекарственные препараты или медицинскую помощь на 34 млрд рублей. В 2022-2024 годах на эти цели этому фонду планируется выделить более 252 млрд рублей.

Современная хирургия

ЛЕО БОКЕРИЯ
Президент Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации»

– Лео Антонович, какими разработками гордитесь, что особенно востребовано сейчас пациентами?

– Мы лечим болезни сердечно-сосудистой системы от первого дня жизни до 96-летнего возраста (самый пожилой пролеченный больной). Сейчас этому больному 99 лет. Это врожденные и приобретенные пороки сердца, ишемическая болезнь сердца, заболевания венозных и артериальных сосудов, в том числе сосудов, питающих головной мозг.

И у нас больные не умирают, мы фактически всех выписываем. Бывшие пациенты становятся «полноценными людьми»: могут много ходить, заниматься физкультурой, но не профессиональным спортом, который даже у здорового человека увеличивает объем сердца.

– У Вас на стене висит сертификат о том, что Вы выполнили первую в мире полностью роботизированную операцию на сердце еще в 1998 году.

– При операции с помощью робота можно уменьшить разрез для доступа. Потом садишься и манипулируешь за компьютером – вот это так, а вот это эдак.

– Вы довольны медтехникой или ее хочется обновить?

– Техника достаточно. Но она устаревает, потому что ею активно пользуются. Поэтому каждый год покупаем нужное нам оборудование. Хотелось бы сегодня все заменить, а послезавтра опять все заменить.

– Некоторые руководители и так всем довольны.

– Просто бояться правды говорить. Но у нас есть возможность новое приобретать.

– А сколько пациентов в год обращаются в этот центр?

– В поликлинику до 100 000. А в хирургическое порядка 15 000. Трети из них делаем операции на «открытом» (отсоединенном) сердце.

– Это платные операции?

– Операции россиянам делают бесплатно. Но есть больные, у которых нет квоты. Это приехавшие из-за границы, из бывших республик Советского Союза. Они вынуждены платить, но ровно столько, сколько выделяет Минздрав на эту операцию, ни копейки больше.

– Наверное, у нас существенно дешевле, чем в Америке?

– Это несопоставимые вещи. В Америке такая операция, которую я сегодня делал, стоит 60 000 долларов. Но мы импортируем одноразовые принадлежности и некоторый инструментарий. И это нам обходится дороже, чем им. Поэтому денег, которые выделяются на лечение по квоте, конечно, едва хватает.

– Государство как-то регулирует количество платных пациентов?

– Нет. И процент платных больных совсем мизерный. Но деньги на обновление оборудования выделяются ежегодно.



ДМИТРИЙ УСАЧЕВ
Директор НИИЦ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко Минздрава России

Родился 23 августа 1962 года в городе Ревда Свердловской области. Окончил в 1985 году Свердловский Государственный Медицинский институт. Член-корреспондент РАН. Женат. Супруга – детский невролог. Сын – к. т. н, занимается гидрогеологией нефти и газа, внуку 3 года.

– Дмитрий Юрьевич, какими новыми способами лечения, научными внедрениями в медицину, уникальными операциями можете похвастаться?

– У нас комплексный подход к лечению опухолей центральной нервной системы. Таких больных с онкологией в год около 5 тысяч. А всего за год мы обслуживаем более 10 тысяч пациентов.

Кроме хирургического лечения применяется лучевая терапия, радиохирургия и химиотерапия. Мы и лечим, и наблюдаем динамику выздоровления, корректируем лечение.

Есть два детских отделения, в которых оказывается весь спектр нейрохирургической помощи. Это не только опухоли, но и различные уродства развития черепа, и варианты диспла-

– Вы не считаете, что национальный проект «Здравоохранение» тормозится? Какие в связи с этим пожелания Министерству здравоохранения?

– Не могу сказать, что он тормозится, так как мы расширяем помощь по стране. А еще я каждый год, начиная с 1995 года, составляю сборник «Сердечно-сосудистая хирургия в РФ». Поэтому знаю, что объемы операций в России выросли в десятки раз. Не говоря уже про количество клиник, число которых увеличивается.

И очень своевременным было создание сети федеральных центров мирового уровня. Это инициатива лично первого лица. Сегодня в этих клиниках выполняют очень большой объем лечебной работы.

– А специалисты откуда?

– Специалисты приезжают из разных мест, уже подготовленные, в том числе из больших клиник. Они увидели для себя возможности кардинальным образом изменить ситуацию в сердечно-сосудистой хирургии, так как под новые центры закладывается достаточное финансирование. Не могли пациенты иногда даже физически добраться до каких-то больших клиник, а теперь для них высокотехнологичная помощь существенно доступнее. А сейчас еще помогает телемедицина – это обязательный элемент работы таких федеральных центров.

Помимо этого, еще отмечу также деятельность общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации».

На сайте этой организации «Облако здоровья» есть телемедицина, где можно пройти телеконсультацию, а затем получить направление в наш центр.

– Получается в наш тип консилума?

– Да, это работает у нас уже более 10 лет.

– COVID-19 помешал Вашей основной деятельности?

– Коронавирус – большая беда для всех стран. И был такой период, когда все медцентры были включены в борьбу с ним. Один из двух наших корпусов на 125 коек был закрыт под это. И наши врачи и медперсонал спасли очень много людей. Они еще и выезжали в другие регионы, вплоть до Дальнего Востока.

– Невакцинированных берете на лечение?

– Конечно, берем. Приехал больной пациент, я же его не отправлю домой?

– Вы рекомендуете вакцинироваться?

– Рекомендую, и сам привился. Мы с женой вместе привились. И в тот же день я оперировал. Она, слава богу, тоже хорошо перенесла. Первой в нашей семье привилась наша старшая дочь Екатерина. Она кардиолог-неонатолог.

– Наверное, довольны, что дочь пошла по Вашим стопам?

– А у меня обе дочери врачи. Они обе в маму пошли, умные такие – обе профессора и кардиологи. Младшая Ольга работает со взрослыми больными.

– Минздрав вам чем-то помогает?

– Когда я руководил нашим научным центром, Татьяна Алексеевна Голикова, будучи министром, помогла нам обустроить ангиографические кабинеты для стентирования (оперативного вмешательства для установки специального каркаса в просвет полых органов человека, в т.ч. коронарных сосудов сердца. – *Прим. ред.*), она сумела выделить центру один миллиард рублей на покупку оборудования.

зии мозга, которые приводят к эпилептическим приступам. Когда эти заболевания не поддаются терапии, включаются хирургические методы.

У нас огромный опыт, самый большой в России, и наверное, один из самых больших в Европе по эндоскопическому трансназальному хирургическому удалению различных опухолей основания черепа без трепанации, через носовые раковины. Я считаю, что это одно из наших самых больших достижений.

– Читала про ваши операции по восстановлению позвоночника, когда вводится цемент между позвонками.

– Это достаточно рутинная операция. У нас великолепное специальное отделение, где делаются все манипуляции с позвоночником на самом современном мировом уровне, в том числе и когда в сломанный или в разрушенный опухолью позвонок закачивается цемент для того, чтобы укрепить его и не дать сломаться дальше. Это называется вертебропластикой.

Сейчас много вариантов удаления опухолей позвоночника с последующей их стабилизацией. Помогаем даже тем, у кого после травмы хуже работают нижние конечности. А после стабилизирующей операции пациенты могут хотя бы сидеть в каталке.



Пациент хочет на второй-третий день после операции вернуться к обычной жизни и быть социально активным. Так что время требует решений.

Главный хирург Минздрава России,
директор НМИЦ хирургии имени А. В. Вишневского
Амиран Ревшвили



Григорий РОДОМАН
Главный врач Городской клинической
больницы № 24 – Московского
городского центра колопроктологии

– Григорий Владимирович, какими новыми технологиями Вы особенно гордитесь?

– У нас многопрофильный стационар, который в своем подразделении имеет ряд очень интересных отделений, в том числе колопроктологическое и онкопроктологическое, а также хирургическое. Есть и уникальные отделения: неврологическое, в котором лечат больных с рассеянным склерозом, как амбулаторно, так и стационарно. Есть нефрологическое, урологическое отделения, гинекологическое, терапевтическое и кардиологическое с такой направленностью, как лечение нарушения сердечного ритма. Делаем колопроктологические операции эндоскопическим и лапароскопическим путем.

– То есть пара дней и до свидания, можете идти домой?

– Операция на толстой кишке – это не холецистит убрать, но уже к 2000 году было сделано 2000 эндоскопических операций на толстой кишке, а сейчас уже 2021 год.

Мы все время развиваемся, но особенно активно колопроктологическое направление, там и новые технологии применяются, и уникальные операции делают.

А в перинатальном центре мы обучаем естественному вскармливанию, у нас уже есть для этого специальный кабинет.

Сейчас в каждом отделении, где лежат детишки, все контролируется, и все мамочки обучаются. Это очень перспективная программа Оленева Антона Сергеевича.

– Я с ним знакома, так как мне делали кесарево сечение 9 марта, а он, как заведующим, в праздники дежурил. Хороший, внимательный доктор. Вот только не дал мне рожать самостоятельно. Не стал рисковать.

– У нас в любом направлении есть определенные подвижки и новые технологии и в хирургии, и в лекарственном обеспечении. Есть практически все лекарственные препараты, даже очень дорогие антибактериальные, и в сложных случаях все они назначаются при участии клинических фармакологов.

– Какие сегодня требования к плановым больным? Они пострадали в связи с этой эпидемией?

– Пострадали, но не очень, потому что многих больных профильных лечебных учреждений, например, онкологических и наших тоже, перераспределили в другие клиники.

– Есть сейчас такие, где из-за этого приходится оперировать в две смены?

– Вряд ли. Уже давно мы запустились, и 24-я больница заполнилась. Работаем, принимаем пациентов и проводим операции в штатном режиме.

– А вы тоже закрывались?

– Да. Точнее занимались только больными с коронавирусной инфекцией, которые нам были доставлены по скорой помощи. А вот самотек не имели права брать.

– Ой, а я всегда думала, что самотек бывает только в Склифе, когда там что-то с травмами связано.

– Самотек есть везде. Менял колесо, заболел живот... А мы рядом и обязаны оказать помощь. Другое дело, что за это нас по головке не погладят, но это не важно, обязаны любому оказать помощь, хоть он с луны прилетел...

– Какие требования к плановым пациентам? Наверное, чтобы были вакцинированы? Или это обязательно?

– В основном, мы стремимся принимать вакцинированных больных или с отрицательным ПЦР в обсервацию на два дня, пока сами не подтвердим их безопасность для окружающих. Но все же стараемся таких больных не принимать, так как у планового больного есть время привиться самостоятельно.

Вопросы задавала Талина Кривоцова

У нас уже есть автоматизированные истории болезни. Например, институт им. А. Н. Бакулева – пионер в цифровизации. Главный врач нажимает на кнопку и сразу узнает, сколько больных лежит, сколько денег израсходовано. Это очень важно.

Минздрав направил на это ресурсы во всю систему здравоохранения. Таким образом будет налажен и контроль за использованием денежных средств. Мишустин – бывший налоговый и знает, как мониторируют ситуацию.

Без Медицинской информационной системы врач не может ни выписать больного, ни госпитализировать. По ней сразу видно, сколько в конкретного больного денег влило, какие лекарства он получал.

А родственники больного могут узнать, какое лекарство вводилось, и как сердце на него реагировало, и почему вдруг сбой произошел.

– Как Вы считаете, на что сегодня нужно обращать внимание чиновникам здравоохранения?

– На всех денег не хватит – выбирать приоритеты. В настоящий момент мне нравится, как сработала система организации медицинской помощи на общероссийском уровне по борьбе с коронавирусной инфекцией. Молодцы!

Но меня как хирурга не может радовать то, что из-за этого затормозилась очередь на получение высокотехнологичной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

– Теперь сердечные болезни не так опасны, как раньше?

– Да, есть такая поговорка: «Каждый человек доживет до своего рака». Но рак тоже в 1-ой, 2-ой стадии излечим. К чему я это говорю? Можно жить до 100 лет, если каждый год проводить техническое обследование своего организма, делать ТО, как автомобилю.

Однако почему-то в государстве принят закон о техническом осмотре автомобилей, а в отношении российских людей такого закона нет. А ведь это же очень легко сделать.

Если бы я был министром здравоохранения, я бы такой закон о техническом осмотре человека пролоббировал бы через Госдуму в обязательном порядке.

– Может, у нас таких возможностей нет.

– Да бросьте Вы! Есть возможность, просто нужно грамотно все организовать. И вакцинацию всего населения тоже. А что дает диспансеризация? Должна быть для этого аппаратура экспертного класса, которая отсканирует, допустим, сосуды шеи, ног. А это уже маркеры заболевания сосудов сердца и аорты. Аорту, кстати, можно через живот ультразвуком проверить. Сердце тоже. А томографией – наличие опухолей. Всего-то не так много приборов. У нас не такое большое население – меньше 150 миллионов. Ресурсов хватит.

– А еще не пить, не курить?

– Не буду рекомендовать здоровый образ жизни, это уже всем тоску навевает. Из-за COVID-19 и так число психических заболеваний резко возросло, депрессия у людей.

Чтобы не стать моим пациентом, надо смотреть на жизнь весело, любить свою профессию, любить семью. Желательно постоянно искренне улыбаться. Русские люди – это не американцы, которые искусственную улыбку натягивают до ушей. Нет. Просто хороший взгляд на настоящее и будущее. Жить сегодняшним днем. Я не сказал про здоровый образ жизни, потому что я сам курю. Мне это нравится. А вот пить не могу, потому что каждую минуту, днем и ночью должен быть готов взять в руки скальпель и пойти в бой. А пьяный хирург – это убийца.

оплатят эту консультацию. Насколько я понимаю, это направление не составляет труда получить в поликлинике.

– Увы, московские врачи отсылают даже из травмпункта в Боткинскую. А там после падения и с острой болью в шейном отделе позвоночника даже МРТ не делают. Невролог на приеме в 5-10 минут, ставит устный диагноз: «упав, Вы растрясла свой остеохондроз» – и отсылает к физиотерапевту.

– У Московского департамента здравоохранения свои законы, но мы принимаем и москвичей, и не москвичей.

Количество платных услуг у нас стабильно за последние три года не превышает 9-10 процентов.

– Что нового применяете сегодня в хирургии?

– Один из прогрессивно развивающихся методов – эндоваскулярная нейрохирургия, которая делает возможными манипуляции на сосудах спинного и головного мозга без больших трепанаций и позволяет людям избавиться от ряда серьезных сосудистых заболеваний, которые могут угрожать инвалидностью и летальным исходом.

С помощью компьютерной графики прогнозируем удаление частей различных костных структур: основания черепа либо позвоночного столба. А затем с помощью аддитивных технологий из пластических материалов создаются протезы взамен удаленной костной структуры. Все это моделируется на компьютере.

– Невакцинированных принимаете?

– Не имеем права не принять. Нет такого закона.

Юрий БЕЛОВ
Директор Института кардио-
аортальной хирургии Российского
научного центра хирургии
им. академика Б. В. Петровского
Минздрава России



Родился 5 сентября 1954 года в Китае. Окончил Куйбышевский (сейчас г. Самара) медицинский институт. Д. м. н. Руководитель секции клинической медицины отделения медицинских наук РАН. Зав. кафедрой госпитальной хирургии Первого Московского медицинского университета им. И. М. Сеченова. Лауреат Государственной премии РФ. Заслуженный деятель науки РФ.

Женат, имеет двоих детей и четверых внуков, с женой с 1-го класса сидел за одной партией.

Хобби: «Это моя семья и хирургия сердечно-сосудистая. А еще люблю собирать грибы, лес, птиц – природу и все, что связано с фотографией».

– Юрий Владимирович, как Вы познакомились с академиком Петровским?

– В 1979 году был приглашен Борисом Васильевичем в этот научный центр.

– Сколько операций Вы делаете в год в вашем институте?

– Только очень сложных где-то 100-120. А дальше меня интересуют только результаты. Мы сейчас держим первое место в России по количеству операций на грудной и брюшной аорте. Это самое сложное направление в сердечно-сосудистой хирургии. Мы в начале 90-х основали эту хирургию и держим ее на самых передовых в мире позициях. Я за это получил Государственную премию России.

– А сейчас что нового разрабатываете?

– Пациенты ждали, чтобы такие операции делались через разрезы не более 5 см. Мы эти технологии освоили и внедряем. Это радикальные операции с уже многолетними отдаленными результатами. А когда говорят: «hi-tech технология», то посмотрим, что будет через 10, 20, 30 лет. Понимаете, за этими операциями, за этими сосудами, за этими клапанами стоят многолетние блестящие результаты.

Раньше считалось, что у хирурга должны быть маленькие руки, длинные, тонкие пальцы. Но у моего учителя Петровского были большие руки, у меня тоже не малые. Главное не пальцы, а что ты видишь и чувствуешь кончиком инструмента, размер которого 3-5 мм, и игла ему под стать. Инструменты у нас изящные. Поэтому операции делаем с оптикой.

– То есть важно только мастерство?

– Да. Хирургия – это искусство. А хирург должен быть от бога. И я своими технологиями готов делиться. Мои талантливые ученики возглавляют два федеральных центра сердечно-сосудистой хирургии: в Пензе и в Хабаровске. И еще в Москве в нескольких медучреждениях работают мои ученики.

– Все-таки ощущается дефицит кадров?

– В моем окружении нет. А в российском масштабе, увы, да.

– Любимая тема нынешнего премьера и вашего министра – цифровизация всех процессов. Насколько это все нужно?

– Очень уважительно относиться к премьер-министру, и к региональным министрам здравоохранения. Очень высокопрофессиональные люди.

– Это все делается под общим наркозом?

– Вертебропластику лучше делать под кратковременным, но общим наркозом, чтобы, когда вводится цемент, человек спокойно лежал.

– Дмитрий Юрьевич, если так чинить весь позвоночник, наверное, это дорогостоящее вмешательство?

– Это бессмысленное вмешательство. Особенно при таких заболеваниях, как остеопороз, который чаще всего появляется у женщин после 60 лет. Поэтому мы эти операции выполняем при наличии доброкачественных новообразований (гемангиом) позвонков, когда высока вероятность возникновения спонтанного компрессионного перелома тела позвонка.

– Москвичи у вас тоже лечатся?

– Конечно. Четверть пациентов у нас москвичи. В месяц проводим примерно 10 000 консультаций.

– Какое соотношение платных и бесплатных услуг?

– У нас 9 процентов платных услуг. Это люди из стран СНГ. А россияне – за счет средств обязательного медицинского страхования и в том числе по линии высокотехнологичной медицинской помощи.

– То есть человек приходит к вам и не оплачивает даже консультацию?

– Да, но он должен взять направление по форме 057, которое мы приложим к отчету для страховых компаний, и они нам





Андрей КАПРИН
Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

— Андрей Дмитриевич, Вы возглавляете медицинский центр, который объединил в себе три крупных научных медицинских учреждения: Медицинский радиологический научный центр им. А. Ф. Цыба в Обнинске, МНИОИ им. П. А. Герцена и НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина в Москве. При такой занятости хобби есть?

— Охота и рыбалка.

— Какими новыми внедрениями в медицину, уникальными операциями и методами лечения Вы особо гордитесь?

— Впервые за 50 лет в прошлом году, несмотря на пандемию, мы получили государственное финансирование на создание новых суперпрецизионных радиофармпрепаратов, которые особенно важны для лечения пациентов, страдающих метастатическими поражениями. И благодаря их применению мы различными способами воздействуем на молекулярно-клеточном уровне непосредственно на опухолевые клетки и органы-мишени без повреждения здоровых тканей.

Сейчас мы разработали и внедряем в практику компактный генератор Рения-188, с помощью которого можно получать достаточно большое количество эффективных противораковых радионуклидных препаратов. Этот генератор можно перевозить из региона в регион, и он способен полугода вырабатывать эти препараты.

Также проводим инновационные исследования по персонализированной терапии опухолей, предварительно проводя молекулярно-генетическую диагностику.

Сейчас многие онкологические патологии уже не называются просто «рак», так как это огромная палитра различных заболеваний, лечение которых иногда требует назначения препаратов «off label», то есть не совсем по инструкции.

Например, пациент с онкологическим заболеванием, получая препараты, назначенные в рамках клинических рекомендаций, не реагирует на стандартные схемы лекарственной терапии или на применяемые лучевые методы лечения. Сейчас появилась возможность разрабатывать индивидуальные программы терапии для таких онкобольных в зависимости от результатов генетического секвенирования с применением технологий «off label».

Кроме того, наш НМИЦ является лидером по применению такого высокотехнологичного метода, как радиоэмболизация печени. Это эффективный и прорывной метод лечения злокачественных новообразований или метастатических поражений, основанный на уничтожении раковых клеток с помощью радиоактивных микросфер, доставленных к пораженным тканям по артериальным сосудам. Суть метода — в непосредственном разрушении опухолевого образования или метастатического поражения действием «доставленного» в него радиофармпрепарата.

В 2021 году в нашем центре метод применяется в рамках протокола клинической апробации, также мы очень активно занимаемся его внедрением в практику российских центров и в странах СНГ.

НМИЦ радиологии является признанным лидером в применении радиофармпрепаратов в лечении онкологических заболеваний, экспертом по внедрению альфа-частиц при брахиатерии рака молочной железы.

При данной процедуре специальные иглы, интродьюсеры Радия-224 устанавливаются в злокачественное новообразование молочной железы, и так уничтожается только опухоль без удаления здоровой ткани молочной железы.

Данная методика является экспериментальной, однако мы возлагаем на нее большие надежды.

Национальный медицинский исследовательский центр радиологии является флагманом, который фактически формирует политику в онкологической отрасли России. Чтобы дальше оставаться локомотивом, этот уникальный центр должен продолжать формировать задачи, политику и формулировать стандарты безопасности и качества в сфере онкологии.

Михаил Мурашко

— Андрей Дмитриевич, что еще нового в онкологии?

— Мы занимаемся и химиоперфузией головного мозга. Это абсолютно новый путь подведения химиопрепарата к опухоли методом перфузии, который может стать прорывным шагом на пути лечения такого коварного заболевания, как глиобластома. Суть метода заключается в том, что во время медицинской манипуляции головной мозг кровоснабжается отдельно от тела с помощью аппарата искусственного кровообращения. На этом этапе в течение длительного времени к этому органу доставляются высокие дозы химиопрепарата, губительные для опухоли, но безопасные для самого мозга. После того, как токсичность снижается, он вновь подключается к общей системе кровообращения. Таким образом мы сохраняем печень и почки пациента.

Наш НМИЦ радиологии является и лидером в осуществлении органосохраняющих методов лечения. Понятно, что онкологическая хирургия это не только удаление ткани, но и ее замещение. Сегодня мы сами воссоздаем на специальных биопринтерах части органов, костной ткани, например, нижнюю и верхнюю челюсть, язык, глотку, гортань для пациентов, которые страдали раком, причем из их же материалов: тканей бедра, кожно-мышечных лоскутов и других. Это крайне интересные технологии, которые сегодня не просто спасают жизнь пациента, но и сохраняют ее качество. Например, больные с удаленным и восстановленным языком, гортаноглоткой могут говорить, самостоятельно питаться, и даже петь.

В наше объединение входит НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина, где мы оказываем



помощь в том числе и самым маленьким пациентам. Например, мальчикам, у которых наблюдается недоразвитие мочеиспускательного канала. Проводим в том числе и генетические исследования на вероятность врожденной аномалии у детишек. Еще мы занимаемся проблемой реабилитации онкологических

пациентов, о которой раньше никто даже не говорил.

И в этом году наши работы были отмечены премией «Признание» за создание нового направления в медицине — реализацию программы «Сохранение фертильности у онкологических больных», предусматривающей реализацию репродуктивной функции у тех, кто прошел химиолучевое лечение. Эта программа дает возможность испытать самое большое счастье — счастье родительства. Кстати, у нас создан криобанк генетического материала онкологических пациентов на базе филиала в МРНЦ им. А. Ф. Цыба в Обнинске.

Лидеры мы и в лечении рака предстательной железы — выполняем высокодозную и низкодозную брахитерапию рака этого органа. За разработку и внедрение в практику российских микроисточников Йода-135 для проведения данной процедуры коллектив центра получил премию Правительства Российской Федерации в области науки и техники.

Мы уже с успехом тиражируем этот метод. И применяем отечественные источники, которые намного экономически выгоднее зарубежных аналогов. Единственные в мире успешно выполняем брахитерапию поджелудочной железы при неоперабельных случаях, и я с гордостью говорю об этом.

— Вы для этого используете наночастицы?

— Нет, здесь применяется та же технология, что и в брахитерапии молочной железы — супермелкие «иголки», содержащие радиофармпрепарат, вводятся в опухолевую ткань органа. Это малоинвазивный нехирургический метод.

Нанонож — также очень интересная российская методика, которую мы развиваем. Это необратимая электропорация предстательной железы и почки, когда ткань убирается с помощью специального электрического воздействия. А еще есть Гамма-нож и Кибернож, но, увы, эта аппаратура не производится в России.

Гордость нашего центра — отечественный протонный ускоритель «Прометейс» (единственный в России), который позволяет суперпрецизионно облучать опухоли головы и шеи. Протон — очень тяжелая частица, которая не проходит сквозь опухолевую ткань, а задерживается в ней и разрушает ее. При этом окружающие ткани практически не попадают под повреждение, поскольку частица свободно проходит сквозь них благодаря разнице структуры здоровой и пораженной ткани. «Прометейс» — это полностью российская разработка, от чертежей до производства и монтажа — все выполнено российскими специалистами.

Наш ускоритель самый компактный в мире, требует минимального количества технического и врачебного персонала для функционирования. Российскую методику мы презентовали в Японии. Зарубежным коллегам был особенно интере-

сен наш способ наведения пучка протонов. Дело в том, что у японских коллег в клинической практике активно применяется протонный ускоритель, однако используемая система наведения — «гантри»* — крайне громоздкая и тяжеловесная, вращается вокруг пациента, а сам пациент как бы находится в пучке протонов. (*Гантри (от англ. gantry) — подвижное устройство, используемое для удерживания и нацеливания медицинского оборудования на зафиксированного пациента. Применяется для томографического обследования или облучения. — Прим. ред.).

— Пучок чего? Это что такое?

— Пучок протонов «выскакивает» из магнитного кольца, по специальной трубе, и как лазер или указка воздействует напрямую на опухоль, разрушая ее. Это суперпрецизионная техника.

— Вы сказали, что Гамма-нож — не наша разработка.

— Гамма-нож производят американцы и шведы. Кибернож только американские коллеги производят.

— Судя по рекламе, Гамма-нож есть только в Склифе и центре им. Н. Н. Бурденко.

— В НМИЦ радиологии также представлен. Отмечу важность применения подобных технологий в лечении онкологических пациентов именно в профильных стационарах. Дело в том, что как правило, и кибернож и гамма-нож не являются единственным методом лечения онкологического заболевания, чаще всего этому же пациенту еще требуется, например, химиотерапия или иммунотерапия, которая должна назначаться в комплексе именно врачом-онкологом. Также обязательно и наблюдение такого пациента нейрохирургом.

— Насколько успешно сейчас лечатся онкозаболевания?

— При раннем выявлении и начале лечения вполне успешно. В этом смысле рак — уже не приговор. Но важно, чтобы люди следили за своим здоровьем и использовали те беспрецедентные возможности, которые есть в нашей стране, например, диспансеризацию. Ведь она совершенно бесплатна и дает возможность при регулярном ее прохождении выявлять уже первые признаки начинающегося заболевания или даже предрак. Уровень онкологической помощи очень сильно прогрессирует, в том числе и в регионах. Значительные суммы выделены государством на медицинское перевооружение и лекарственную терапию.

Будучи федеральным центром, мы в первую очередь оказываем помощь пациентам с очень тяжелыми запущенными стадиями, которым порой уже отказано в лечении.

Но не стоит забывать и о таком важном направлении, которое сейчас получило мощное развитие и поддержку, как телемедицинские консультации. Для онкологической службы это по-настоящему серьезное оружие против рака, особенно в период пандемии. Мы давно пользуемся этими методиками. Когда только начинали дистанционные консультации, их было не больше 400 в год, а сейчас уже больше 7 тысяч. Значит, эти больные, чтобы получить консультацию специалистов федерального центра, не едут к нам, а получают помощь на местах. Если в ходе консультации понимаем, что пациенту можем помочь только мы, приглашаем его на лечение в наш НМИЦ радиологии.

— К сожалению, количество заболевших раком увеличивается. Меланома не шутка, а кожных онкологов явно не хватает не только в регионах, но и в Москве. Не в каждом онкоцентре дермаонколог есть, и не в каждой окружной поликлинике теперь можно получить бесплатную консультацию врача-онколога по ОМС. А в каждом диспансере порой врач без осмотра пациента, который жалуется на многочисленные родинки, просто дает совет меньше бывать на солнце.

— Кадровая ситуация сложная во всем мире. К сожалению, самая сильная нехватка специалистов наблюдается на уровне первичного звена. И дефицит таких специалистов наблюдается не только у нас, но и за рубежом, во Франции и Швейцарии их тоже не хватает. Однако должен отметить, что в связи с госзаданием по целевому воспитанию онкологов, мы уже проводим обучение, в том числе и специалистов первичного звена в вопросах повышения онкологической грамотности и онконастороженности. Поэтому работа ведется.

— Есть какая-то профилактика? Какие-то житейские советы, как не стать вашим пациентом?

— Известно, что причиной развития рака только в 15 процентах случаев является генетическая предрасположенность, остальные — это образ жизни. Так, например, курение вызывает не только развитие рака легких, но и мочевого пузыря, молочной железы, рак гортаноглотки и другие проблемы со здоровьем. Те же риски при ожирении, малоподвижном образе жизни, большом количестве алкоголя, красного мяса — это, по заявлению Всемирной организацией здравоохранения, «катализаторы» рака. Анилиновые красители, асбест, дым тоже являются канцерогенными факторами, как и загрязненный воздух.

Вопросы задавала Галина Кривонова

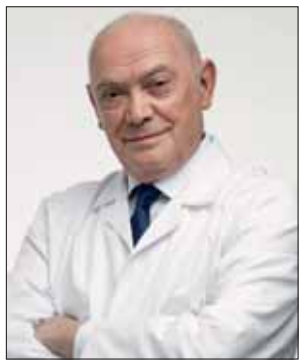
Если на каком-то этапе беременности или после родов возникают патологии у ребенка или у самой женщины, то врач своевременно может повлиять на исход лечения. И у онкологических пациентов должна быть точно такая же система сопровождения.

Михаил Мурашко



ПЕРСОНА 11

Александр РУМЯНЦЕВ
 Главный детский онколог-гематолог Минздрава РФ, научный руководитель ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, депутат, член комитета Государственной думы по охране здоровья



Родился 12 февраля 1947 году в городе Новогеоргиевске (Украинская ССР). В 1971 году с отличием окончил педиатрический факультет Второго Московского Ордена Ленина государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова. Академик РАН. Женат, двое детей и 6 внуков. Хобби – работа.

– Александр Григорьевич, жизнеутверждающая идея создания вашего центра принадлежит Владимиру Путину. В чем еще его уникальность?

– Да, наш центр – это по существу детище президента. Сейчас у нас уже 28 специалистов разных специальностей заняты тем, что лечат рак. А сам центр был построен по технологическим принципам будущего, и участвовали в его проектировании медики вместе с архитекторами и строителями.

Сегодня мы делаем 2,5 тысячи операций от нейрохирургических до трансплантации костей, суставов, печени и других органов.

Но в основном специализируемся на гемопэтических онкозаболеваниях, так как в детской практике 50 процентов заболеваний – это опухоли кроветворной иммунной системы. Они лечатся только трансплантацией костного мозга. И тут нам удалось достигнуть выживаемости более 90 процентов.



– Сколько из них платные?

– Только бесплатные.

– Но иностранным детям вы делаете платные операции?

– Гражданам других государств оказываем только диагностические и консультационные услуги, и они в основном платные и составляют не более 5 процентов от бюджетного лечения.

Еще мы потребители большого количества благотворительных средств. Их вклад – достаточно большая часть нашего бюджета.

– Какую роль в успехах по созданию ваших правильных технологий играет министерство?

– Наш учредитель Минздрав. Он формирует заказ. И все, чем мы занимаемся, доведено до самого высокого уровня. Используем все виды клеточных технологий и трансплантаций. В частности, один из ее видов связан с получением биологического материала от родственников больного. С помощью специальных методов подбираем из этого материала особые лимфоциты, которые вызывают реакцию против хозяина. Этим самым мы удешевляем, полностью меняем всю структуру трансплантации. Нам не нужны сторонние донорские базы. Уже доказано, что это эффективнее, чем обычные методы.

В связи с тем, что для этого нужна служба крови, мы ее организовали по лучшим мировым образцам, взяв за основу банк крови в Нью-Йорке. И теперь все манипуляции с клетками: забор крови, получение всех видов препаратов, инактивация от вирусов, специальное выделение определенных видов клеток, их заморозка, разморозка, забор стволовых клеток, плазмаферез и цитоферез – мы делаем именно в этом отделении.

На нашей площадке в год перерабатывается 16 тонн крови. С таким размахом работает крупная областная станция, в которой только на производстве занято 240 человек. А у нас в этой службе всего 16 человек, которые проводят еще и гравитационную хирургию крови. Есть и банк, в котором хранится биологический материал, размораживающая система и группа, которая занимается подготовкой клетки для трансплантации. Вот такие преимущества нашей технологии.

В мире появилась новая технология, называется картитехнология, суть которой в том, что лимфоциты онкобольного помещают в пробирку и заменяют рецептор этих клеток на рецептор убийц. Затем эти лимфоциты возвращаются в организм человека, и они ищут опухолевые клетки и их убивают. То есть появилась возможность направленной иммунотерапии рака, когда собственными лимфоцитами с измененным генно-инженерным рецептором можно убивать опухолевые клетки.

Мы решили разработать подобную технологию картиклеток у себя, но финансирование на это у нашего здравоохранения не предусмотрено.

Поскольку государство на науку деньги дает только на зарплату, а кроме умов нужны же еще реактивы, приборы и инструменты, мы были вынуждены создать у себя Фонд поддержки науки на деньги, собранные благотворителями. Вносимые ими деньги находятся в банке – это несгораемый фонд, и только определенную сумму от процентов за год можно использовать на науку. Все это ограничено очень серьезными законами.

Долго этого добивались, и в конце концов «Роснефть», точнее, ее руководитель Игорь Иванович Сечин нас поддержал, и мы организовали технологию картиклеток в России. Мы единственные в стране, кто полностью это применяет. Уже пролечили 75 пациентов – тех, которым другие методы не могли помочь. Показательно и то, что наша система отличается от американской и в 10 раз дешевле и уже поставлена на поток.

– Это для детей, а к взрослым это применимо?

– Мы готовы транслировать наши разработки во взрослую онкологию, но таких больных только первичных более 600 тыс. в год, а процесс этот очень медленный и дорогостоящий. Но в Москве с 12-миллионным населением сделано очень много благодаря участию мэра и, главное, личному участию вице-мэра Анастасии Раковой, которая полностью реформировала онкологическую службу. Создано несколько крупных больниц, которые специально оборудованы для онкологии. В них все по полной программе, лучевая терапия, скрининг. Вы приходите, вбиваете свою фамилию, вам



назначают, где и что. И это бесплатно.

– Надо сначала обратиться в районную поликлинику?

– Нет, в МФЦ, а можно сделать это онлайн. Но взрослые не моя вотчина. А наша морфологическая лаборатория бесплатно за счет ОМС делает перепроверку всех ранее полученных в России онкологических диагнозов у детей. Ну а служба крови и вовсе не в системе Минздрава, она относится к Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА). А раньше в Минздрав СССР входили все эти службы, в том числе ФМБА, Гематологический научный центр, которым я когда-то руководил. А организованная в стране Служба крови – это был первый в мире институт по переливанию крови.

– Как Вы думаете, когда вакцинация от COVID-19 дойдет до детей? И насколько это вообще нужно?

– Нет другой профилактики, кроме вакцинации от COVID-19. Дети болеют часто респираторными инфекциями, поэтому у них есть иммунитет. Этот иммунитет носит перекрестный характер с коронавирусом, поэтому дети реже им заражаются. Но их стоит вакцинировать, так как они все же болеют и являются источником заболевания взрослых.

– А не болеют до какого возраста?

– Детей можно разделить на 2 группы: первого года жизни и с первого года до 11 лет и те, которые старше, до 21 года, – это подростки. Дети до 11 лет от COVID практически не страдают – для них это обычная респираторная инфекция. Подростки, чем взрослее, тем чаще болеют. В Европе начата прививочная компания у подростков.

– Вакцину испытывали на людях среднего возраста, а как ее переносят те, кому 60+?

– Получены данные о лицах старше 65 лет, и оказалось, что у них очень высокая прививочная активность, то есть у них вырабатывается хороший иммунитет после вакцинации.

Сейчас появилась новая проблема, оказалось, что у лиц, перенесших эту инфекцию, тяжелые осложнения в дальнейшем. И настолько серьезные, что Всемирная организация здравоохранения в прошлом году включила постковидный синдром в классификатор болезней человека. Такого никогда не было в мировой практике.

Некоторые переболевшие вообще не могут восстановиться. И в основе этого заболевания, как оказалось, лежат так называемые аутоиммунные или иммунные невроаскулярные поражения центральной нервной системы, поэтому наблюдаются тяжелейшие постковидные осложнения.

Недавно прозвучало поручение президента об организации системы реабилитации. Это новая задача для Минздрава. Голикова объявила, что Минздрав, начиная с 2022 года, организует систему реабилитационной помощи. Под это выделили деньги достаточно серьезные. А в связи с тем, что этот невроаскулит вызывает бурное развитие инфарктов, инсультов, тромбозов, в том числе почечной артерии и других сердечно-сосудистых заболеваний, будут организованы три разные системы реабилитационной помощи. Но лучше таких последствий избежать, то есть вакцинировать.

– Чем еще, кроме работы, можете похвастаться?

– Во-первых, тем, что у меня были блестящие учителя. Я учился в первом в мире медицинском вузе,

при котором еще в 1930 году был открыт педиатрический факультет. Его же окончила во время войны моя мама. И сюда с фронта вернулись уникальные люди, личности, определившие развитие педиатрии в СССР. И каждой кафедрой в университете заведовал или академик, или член-корреспондент Академии медицинских наук, то есть меня учили выдающиеся врачи-ученые.

Горжусь тем, что принимал участие в создании в стране службы детской онкологии-гематологии и мне вместе с учениками удалось в разы улучшить результаты лечения ранее неизлечимых больных. Сегодня в России выздоравливает более 80 процентов детей с онкологией. В ближайших планах 95 процентов вылеченных детей.

Результат оценен ВОЗ и ООН, хотя у нас, к счастью, немного детей, больных онкологией, по сравнению со взрослыми.

– Что характеризует Михаила Мурашко как личность?

– Я познакомился с Михаилом Альбертовичем, когда он приехал в Москву из Республики Коми, где работал министром здравоохранения, а затем был назначен заместителем руководителя Росздравнадзора. Сталкивался с ним по разным вопросам, и мы всегда находили общий язык. К сожалению, Росздравнадзор лишился многих функций, которые были у его предшественников. В частности, они раньше регистрировали целый ряд медицинских технологий, оборудования, лекарств и других специальных медицинских опций. Неизвестно, кто их теперь регистрирует. Отсюда и не совсем понятно, кто и за что отвечает. Мурашко не удалось решить этот вопрос. Поэтому, когда он стал руководителем Минздрава, у меня появилась надежда, что эти функции теперь соберутся в Минздраве России...

Личные отношения у меня с Михаилом Альбертовичем прекрасные. Сочувствую ему – только он был назначен, и случилась пандемия. Ему пришлось заниматься тяжелой работой по обеспечению медицинской стационарной и амбулаторной помощи для пациентов с COVID-19.





Собственное здоровье и здоровье любимых людей – это большая ценность, чтобы ее сохранить, нужно всегда делать выбор в пользу здоровья. Вакцинация – это пример именно такого выбора, так как позволяет защититься от тяжелых, печальных последствий. Важно даже в праздники соблюдать меры неспецифической профилактики – избегать большого скопления людей, использовать маски и антисептики.

Михаил Мурашко

Александр АПАЗОВ
Президент АО «Фармимэкс»,
президент союза «Национальная Фармацевтическая Палата»

– Александр Дмитриевич, Вы же с Михаилом Альбертовичем лично и давно знакомы. Можете рассказать, каков министр в общении?

– Михаил Альбертович очень обязательный человек. И несмотря на свои высокие должности, никогда не был заносчив. И даже сейчас перезвонит, если не смог взять трубку. Некоторые ситуации открыли для меня то, что он еще и очень чуткий человек и врач с большой буквы: никогда не пропустит сложный случай, который оказался в поле его зрения, и еще отследит судьбу пациента. То есть министр не убил в нем доктора и принимающего близко к сердцу беды других людей человека.

Григорий РОДОМАН
Главный врач Городской клинической больницы № 24

– Что Вы, как руководитель больницы, ждете от вашего министерства?

– Мне кажется, наш министр сейчас делает достаточно много для того, чтобы каким-то образом собрать российскую медицину в единое целое, чтобы все работало по единым стандартам.

Кстати, Михаил Альбертович, когда был в Росздравнадзоре, очень активно занимался внутренним аудитом качества оказания медицинской помощи. А теперь его преемники продолжают эту работу. И вообще Мурашко мне нравится, ничего другого не могу сказать.

– Мишустину, видимо, тоже.
– Наверное, да.

Анатолий ФЕСЮН
И. о. директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава РФ

– Анатолий Дмитриевич, расскажите, как Вам работаете с министром Мурашко?

– Это первый министр, который посетил наш филиал в Юдино, в Одинцовском районе. А когда Михаил Альбертович был главой Росздравнадзора, нас его ведомство не раз проверяло. Да и сейчас он про нас не забывает, и нам присылают на реабилитацию много пациентов, а также ставят очень много задач по санаторно-курортному лечению и по его модернизации.

До недавнего времени министры до Юдино не добирались, хотя там есть скважина с минеральной водой и рапой, но меньшей концентрации, чем в Москве. Увы, многое в Юдино осталось с советского времени, в том числе мебель, но благодаря Михаилу Альбертовичу мы уже половину центра обновили.

Андрей КАПРИН
Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава РФ

– Андрей Дмитриевич, какой поступок Мурашко характеризует его как личность?

– Когда началась эпидемия COVID-19, было много «горячих голов», которые пытались закрыть онкодиспансеры в регионах и перепрофилировать их под инфекционные. Но Минздрав и лично министр Михаил Мурашко был категорически против и не позволил допустить сокращение онкологической помощи. Благодаря этому онкологическая служба героически выстояла всю пандемию.

Когда министр здравоохранения России Михаил Альбертович Мурашко руководил Росздравнадзором, мы обратились к нему за поддержкой в связи с некоторыми организационными трудностями и разработкой протокола исследований при проведении испытаний радиофармпрепаратов на базе нашего Центра. И именно Михаил Альбертович решил этот вопрос. А уже когда вступил в должность министра здравоохранения, поддержал нас еще и с госзадаванием, выделив финансирование на его выполнение. Он смелый человек и достаточно рискованный.

Леонид РОШАЛЬ
Президент
Национальной
медицинской палаты

Родился 27 апреля 1933 года в городе Ливны Орловской области. Окончил Второй Московский государственный медицинский институт им. Н. И. Пирогова.

Президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, ранее директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. Д.м.н., профессор. Герой Труда РФ.



– Леонид Михайлович, Вы давно знакомы с Мурашко?

– Я Михаила Альбертовича знаю очень давно. И слежу за его жизнью. Знал его еще до того, как он возглавил Росздравнадзор. В течение очень многих лет он был исполняющим обязанности руководителя этой службы. И мне вот это и.о. очень не нравилось. На всех уровнях об этом говорил.

Мурашко человек упертый, со своим видением, но умеет слушать. За время работы в Росздравнадзоре он доказал, что и в наших условиях можно сделать эту организацию эффективной. А под его руководством она стала мощной, уважаемой службой, которую, кстати сказать, стали бояться. Это очень хорошее качество.

Мне представляется, что, если человек смог создать такую эффективную структуру, как нынешний Росздравнадзор, он будет востребованным и сможет много полезного сделать для здравоохранения России в целом.

Я не завидую той ситуации, в которую он попал сейчас. Если бы Михаил Альбертович начинал свою деятельность в Минздраве в обычное время, мог бы что-то планировать и поэтапно внедрять задуманное, принося ощутимую пользу народу, улучшая наше здравоохранение, чтобы россияне были им довольны. Но на него свалилась пандемия. И он сегодня поглощен борьбой с этой коварной инфекцией.

Бесконечные совещания отрывают его от основной работы. При этом он фактически остается крайним в Правительстве, потому что он министр и отвечает за здравоохранение такой огромной страны.

В целом Минздрав справился с этой работой, несмотря на те недостатки, которые были у нас, когда эта эпидемия началась. Не все понимали ее масштабы и последствия. Оказалось, что не хватает средств индивидуальной защиты. Надо было молниеносно перестраивать коечный фонд, оснащать его. И все это легло на плечи нового министра. Хорошо еще, что президент и правительство вплотную начали заниматься этой проблемой.

Думаю, когда пандемия начнет отступать, у него будет больше времени заниматься проблемами здравоохранения в целом.

– На что особо надо обратить внимание?

– Проблем в здравоохранении очень много. Это постоянное недофинансирование отрасли, обеспечивающей охрану здоровья населения, и кадровые проблемы, и квалификация врачей и медперсонала. А также работа с общественными организациями, например, с нашей «Национальной медицинской палатой», которая является крупнейшим объединением врачей России и площадкой для обсуждения проектов и принимаемых решений.

У нас с министром здравоохранения Мурашко подписан договор о том, что решения, которые он будет принимать, будут согласовываться с профессиональным сообществом.

Иногда мы высказываем иную точку зрения. Михаил Альбертович сердится, но умеет слушать, и в конце концов принимаем обоюдно согласованное решение.

Очень надеюсь, что тот опыт, который он приобрел в период эпидемии, поможет ему сделать правильные выводы из ошибок и очень много доброго для здравоохранения России.



Во время визита министра в Юдино.



Могели ХУБУТИЯ
Президент НИИ
скорой помощи
им. Н. В. Склифосовского

Родился 17 июня 1946 года в Сухуми. Окончил в 1971 году Горьковский государственный медицинский институт им. С. М. Кирова. Хирург-трансплантолог. Заслуженный врач РФ. Академик трех академий: РАН, РАМН и ЕАИ.

– Могели Шалвович, политика нового руководства Минздрава, наверное, отразилась и на работе Склифа. Какие изменения в нем произошли? Какие ощущения от перспективы тотальной цифровизации и внедрения медицинских карт в электронном виде?

– Я с Мурашко знаком с тех пор, как он стал работать в Росздравнадзоре. А до его прихода в это ведомство я столкнулся с тем, что препарат Perfadex для консервации легких в течение трех лет не регистрировался. Поэтому я пришел к нему на прием и рассказал, что погибают люди, а чиновники преграды в Росздравнадзоре три года мешают зарегистрировать этот препарат.

Вопрос был решен за одну неделю и в рамках закона. И был спасен не один десяток молодых людей. Вот откуда я этого человека, блестящего организатора, знаю.

И, конечно, начинания Минздрава в информационной системе, которой сейчас большое внимание уделяется, оказывают влияние и на наше учреждение. Мы же не можем автономно жить от всего.

Я считаю, Михаил Альбертович буквально сегодня оказывается на своем месте. Это молодой, прогрессивный, решительный и решающий проблемы человек.

