

## | Национальный проект «Здоровье» — региональный аспект

Мы уже предлагали нашему читателю первый продукт совместной деятельности пресс-центра приоритетного национального проекта «Здоровье» с нашей газетой, опубликованное в журнале «Вопросы современной педиатрии» (Т. 5, № 5, 2006) интервью с академиком А.А. Барановым о сути перемен в педиатрии. Сегодня гость редакции — доктор медицинских наук, профессор Ирина Александровна Переслегина, первый заместитель директора Департамента здравоохранения Нижегородской области. Отвечая, собственно, на те же вопросы, что и А.А. Баранов, Ирина Александровна приближает тематику к реалиям нашим, нижегородским. И.А. Переслегина — не только всесторонне знает обсуждаемые вопросы, но, как один из авторов региональной программы «Здоровый ребёнок», послужившей основой для федеральной, общенациональной программы, видит более глубоко все плюсы и минусы педиатрического аспекта нацпроекта.

### **Корр.: Какую оценку Вы ставите переменам, произошедшим в области фармобращения?**

**И.А. Переслегина:** Изменения, произошедшие в области лекарственного обеспечения, в т.ч. и в Нижегородской области, я оцениваю как положительные. В Нижегородской области расширяется сеть аптекных предприятий (в среднем, на 2500 жителей приходится одна аптека), отмечается устойчивый рост объёмов реализуемых лекарственных средств (ЛС). Введение программы дополнительного лекарственного обеспечения позволило увеличить доступность современных ЛС для пациентов на амбулаторном этапе лечения. И хотя проблемы, обусловленные периодически возникающим отсутствием некоторых льготных ЛС в аптеках, существуют, нельзя не признать, что обеспечение ЛС в суммарном выражении увеличилось более, чем в 3 раза. Если в 2004 г. за счёт всех источников финансирования было отпущено бесплатно ЛС на сумму 416 млн руб., в 2005 г. — на 1 млрд 208 млн руб., то за 8 мес 2006 г. — на 1 млрд 290 млн руб. Ещё более показательна сумма отпуска ЛС на одного обратившегося жителя Нижегородской области в месяц: в 2004 г. она составила около 312 руб., в 2005 г. — около 868 руб., в 2006 г. — 1021 руб. Значительно увеличился ассортимент бесплатных ЛС: до 2005 г. перечень льготных ЛС насчитывал до 300 наименований, с 2005 г. он включает 2300 наименований ЛС.

### **Корр.: Как Вы оцениваете лекарственное обеспечение в области педиатрии?**

**И.А. Переслегина:** Лекарственное обеспечение педиатрической службы активно развивается. Ежегодно растёт количество регистрируемых ЛС, применяемых в детской практике (на сегодняшний день ЛС этой группы составляют около 30%). Все фармакотерапевтические группы ЛС представлены лекарствами детской дозировки. В перечнях льготных ЛС, как федеральном, так и региональном, каждая группа лекарств также представлена детскими лекарственными формами, и их количество увеличивается при каждом пересмотре перечней. Например, в действующем перечне ЛС, отпускаемых по федеральной льготе, детские лекарственные формы составляют 25,6% по международным непатентованным наименованиям и 22% по торговым наименованиям. Это позволяет качественно улучшить лекарственное обеспечение детей. Так, для детей-инвалидов отпуск ЛС увеличился с 2,9% в 2005 г. до 4,5% в 2006 г.; для детей до 3 лет и детей из многодетных семей обеспечение бесплатными лекарствами возросло в 1,7 раза.

### **Корр.: Какова актуальность проблемы фальсифицированных ЛС для Нижегородской области?**

**И.А. Переслегина:** Начну с того, что, в соответствии с Федеральным законом «О лекарственных средствах», фальсифицированное ЛС — это ЛС, сопровождаемое ложной информацией о составе и (или) производителе ЛС. Фальсификация может относиться как к фирменным, так и к

воспроизведённым препаратам (дженерикам). По данным Росздравнадзора, в 2005 г. в структуре фальсифицированных ЛС 38% составляли антибиотики, 45% — противовоспалительные средства, 7% — спазмолитики, 4% — ЛС для лечения заболеваний ЖКТ, 6% — прочие. По данным ВНИИ МВД, 60% фальсификатов — отечественного происхождения, 25–30% ЛС поступает из стран дальнего зарубежья (Польша, Китай, Индия и др.), в 10% источником поступления являются страны СНГ и Балтии.

Что касается Нижегородской области, то по данным специалистов ГУЗ «НОЦККСЛС», с 2001 г. по 2006 г. выявлено 108211 упаковок ФЛС на сумму 3063381 руб.

Фальсификация лекарственных средств — явление сродни биотерроризму в международной системе здравоохранения, поскольку наносит серьёзный вред общественному здоровью и экономике государства. Важно отметить, что в ходе реализации ДЛО не было выявлено ни одного случая фальсифицированного ЛС, что обусловлено прямыми поставками ЛС от производителей.

### **Корр.: Как Вы оцениваете дженерические замены препаратов, в том числе при лечении детей?**

**И.А. Переслегина:** Дженерики составляют ориентировочно 60–65% всех зарегистрированных препаратов. Они используются во всех странах. Есть страны, которые отдают значительное предпочтение своим оригинальным ЛС (Япония, США, Словения, Франция). В России дженерики представлены широко, поскольку разработка оригинальных ЛС стоит чрезвычайно дорого. Наши специалисты считают, что дженерики имеют право на существование, их качество и безопасность гарантируются производителем. Фармакологическое действие качественных дженериков соответствует оригинальным ЛС. Опыт показывает, что использование их может быть не менее эффективным, а преимуществом является значительно меньшая стоимость. Кроме того, наличие на рынке оригинальных ЛС и дженериков даёт право выбора врачу и пациенту.

### **Корр.: Ваше отношение к отечественным препаратам?**

**И.А. Переслегина:** В последние годы большие изменения происходят на российском рынке производства лекарственных средств. Интенсивно развиваются такие предприятия-изготовители лекарственных средств, как ОАО «Акрихин», ОАО «Нижфарм», ОАО «Фармстандарт». Последнее объединяет одни из старейших заводов России («Октябрь», г. С.-Петербург; «Томскхимфармпрепараты», г. Томск; «Лексредства», г. Курск; «Фитофарм-НН», г. Н. Новгород; «Уфа-Вита», г. Уфа). Конкурентоспособность отечественных препаратов подтверждается тем, что отечественные ЛС широко представлены в перечне жизненно важных и необходимых ЛС, утверждаемом ежегодно Правительством РФ, в перечне ЛС, отпускаемых бесплатно в рамках ДЛО (указанные перечни включают до 40% отечественных ЛС).

В России ряд производителей имеют производство, сертифицированное по системе GMP. Например, ОАО «Акрихин», нижегородское предприятие ОАО «Нижфарм». Продукция этих предприятий конкурентоспособна на мировом уровне. Абсолютно солидарна с академиком А.А. Барановым, что у нас выпускаются очень качественные витаминные препараты с физиологически сбалансированным составом компонентов.

**Корр.: Уменьшится ли востребованность в стационарной помощи?**

**И.А. Переслегина:** И вновь я соглашусь с академиком А.А. Барановым в том, что активизация фармобращения явилась необходимым этапом перед реализацией национального проекта «Здоровье», направленного на улучшение доступности населению качественной амбулаторно-поликлинической помощи. Для пациента, особенно ребёнка, психологически более приемлемо находиться рядом с близкими и родными людьми, чем в стационаре. В настоящее время в Нижегородской области имеются 729 педиатрических участков. Регистр врачей-педиатров, получающих дополнительные выплаты, насчитывает 632 человека. Разница объясняется тем, что на выплаты имеют право врачи-педиатры, обслуживающие участок с численностью прикрепленного населения свыше 700 детей. Тем не менее, дополнительные выплаты медицинским работникам первичного звена в 2006 г. благотворно повлияли на укомплектованность кадрами педиатрической службы. С января по август этого года количество участковых врачей-педиатров выросло с 574 до 632, а участковых медсестер в педиатрической службе с 636 до 667. Процесс укомплектованности кадрами прогрессирует. В совокупности с активизацией фармобращения, расширении возможности лечения в амбулаторно-поликлинических условиях снизило потребность в стационарной помощи детям Нижегородской области на 12%.

**Корр.: Значение неонатального скрининга для Нижегородской области?**

**И.А. Переслегина:** Одним из важнейших направлений приоритетного национального проекта «Здоровье», имеющих отношение к охране здоровья детей, является неонатальный скрининг. Неонатальный скрининг предполагает обследование всех новорожденных детей на наличие врожденных заболеваний, ведущих к младенческой смертности или инвалидизации, чего вполне можно избежать, если с первых недель жизни начать лечение. В Нижегородской области 12630 детей-инвалидов, или 205,7 на 10000 детского населения (в РФ — 201,2). Каждый родившийся ребенок приходит в этот мир, чтобы прожить достойную жизнь, но он полностью зависит от взрослых, чтобы не стать инвалидом.

С начала 1990-х годов в Нижегородской области проводится скрининг на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. С национальным проектом «Здоровье» введено обследование на адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию. Частота данных видов патологии в Нижегородской области составляет: для муковисцидоза — 1:4200, врожденного гипотиреоза — 1:5000, фенилкетонурии — 1:6000, адреногенитального синдрома — 1:14000 новорожденных. Распространенность галактоземии неизвестна.

За весь период проведения неонатального скрининга на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз в Нижегородской области выявлено по 90 детей с тем и другим видом патологии. С начала 2006 г. в результате неонатального скрининга выявлено 11 детей с врожденной патологией, в том числе 1 — с фенилкетонурией, 7 — с врожденным гипотиреозом, 2 — с адреногенитальным синдромом и 1 ре-

бёнок — с муковисцидозом. Исследование на галактоземию должно начаться в октябре текущего года.

Затраты федерального бюджета на проведение неонатального скрининга в Нижегородской области в 2006 г. составят около 22 млн руб., включая оснащение медико-генетической лаборатории на базе детской областной больницы оборудованием и тест-системами. Лечебным питанием и ЛС для заместительной терапии дети обеспечены за счёт средств федерального и регионального бюджетов.

**Корр.: Какие исследования, на Ваш взгляд, целесообразно ещё включить в неонатальный скрининг?**

**И.А. Переслегина:** Прежде всего мне хотелось бы остановиться не только на неонатальном скрининге, но и на скрининге беременных женщин. Во-первых, очень важно вернуться к исполнению приказа Минздрава РФ от 28.12.2000 г. о биохимическом скрининге беременных женщин на врожденную патологию плода, в соответствии с которым определяется альфа-фетопротеин. В Нижегородской области такое обследование проводится только у женщин с высокой степенью риска на врожденные уродства. Необходимо ввести обследование всех беременных женщин. Далее, целесообразно ввести обследование беременных женщин на внутриутробную гипоксию плода. Известно доминирующее значение хронического недостатка кислорода в формировании патологии плода и новорожденного. Независимо от природы воздействующих на беременную женщину неблагоприятных факторов, все они реализуются через хроническую внутриутробную гипоксию, ведущую к структурным изменениям органов и тканей ребёнка, а также влияющую на исход родов.

Другим исследованием, достойным быть включенным в неонатальный скрининг, является обследование новорожденного на риск формирования органических поражений ЦНС перинатального генеза. Известно, что заболевания нервной системы у детей первого года жизни являются наиболее частыми после ОРВИ. В Нижегородской области в 2005 г. они зарегистрированы в 432 случаях на 1000 новорожденных, что намного выше частоты врожденной патологии, и наблюдается тенденция к их увеличению.

Для обоих видов скрининга могут быть использованы технологии, разработанные учеными Нижегородской области.

(От автора статьи: проф. И.А. Переслегина является автором изобретений «Способ определения хронической внутриутробной гипоксии плода» и «Способ прогнозирования риска формирования органических поражений ЦНС у новорожденного ребёнка». В соответствии с первым изобретением, исследование венозной крови беременной женщины в 22, 30, 38 недель беременности обеспечивает мониторинг состояния плода, своевременное выявление хронической гипоксии и назначение лечения беременной женщины. Таким образом, уже на этом этапе можно выявить и скорректировать первый удар по ЦНС. В соответствии со вторым изобретением, исследование пуповинной крови у ребёнка при рождении позволяет прогнозировать степень поражения ЦНС, клинические признаки которого могут проявиться в гораздо более поздние периоды первого года жизни, и таким образом начать раннее лечение. Изобретения разрешены к использованию Минздравсоцразвития России, в течение ряда лет успешно применяются в Нижегородском НИИ детской гастроэнтерологии, а для широкого внедрения в практику необходимо их введение в медико-экономические стандарты. Если не исследовать этот фактор, то понятие так называемого «врожденного преступника» будет вполне реальным, т.е. он уже ре-

ален и сейчас, что бы ни говорили психотерапевты и психологи о роли воспитания, но биохимические и другие исследования по этой методике показывают, что предрасположенность к девиантному поведению можно распознать уже на первых минутах рождения ребёнка по пуповинной крови, например, наличие алкогольных составляющих в крови (честно говоря, точный химический термин не помню) укажет на предрасположенность маленького человечка к алкоголизму. Предупреждён — значит, вооружен. Необходимая коррекция и пресловутые моменты воспитания с «младых ногтей» помогут предотвратить сложности в жизни этого человечка, а, возможно, и общества в целом. Прошу прощения у читателя и у Ирины Александровны за столь длительное отступление, но моему возмущению нет предела. Когда я знакомилась с этим методом несколько лет назад, я была убеждена, что вся медицинская общественность примет этот метод «на ура», и он будет воплощён в жизнь. Ведь речь идет не только о судьбе конкретного ребёнка, но и о грандиозном социальном, профилактическом эффекте. Но, как оказалось, мы все никак не можем признать «пророка в своем отечестве», метод по-прежнему применяется в сугубо нижегородской вотчине и даже ещё в более узком круге, хотя, когда я разговаривала с разного рода светилами от педиатрии, как отечественными, так и зарубежными, этот метод вызывал и шок, и безмерное уважительное удивление. Один из американских психиатров, с которым удалось побеседовать во время стажировки в США (он пришел к интересному выводу, что психоанализ умер вместе с Фрейдом), страшно заинтересовался этой методикой, отметил, что, скорее всего, она даст намного больше, если применять её на практике, нежели все психиатры, психологи и социальные работники вместе взятые. Жаль, что этому специалисту я не смогла рассказать на «медико-биологическом сленге» сущность данного вида скрининга, но его идея, простота исполнения и дешевизна, а также несомненный медико-социальный эффект и значение произвели на американца, также как и на наших ведущих прогрессивных специалистов, неизгладимое впечатление. Слава Богу, что на сегодняшний день положение несколько изменилось. Совместно с соавторами изобретений работа в этом направлении уже начата более масштабно.)

**Корр.: Каково Ваше мнение о высокотехнологичной медицинской помощи детям?**

**И. А. Переслегина:** Строительство педиатрических центров высокотехнологичной помощи не предусмотрено дан-

ным национальным проектом. Однако, в соответствии с Посланием Президента России Федеральному Собранию от 10 мая 2006 г., в котором демографическая проблема как долгосрочная стратегия поставлена во главу угла, в стране предусмотрено строительство сети перинатальных центров вне национального проекта.

Не дожидаясь начала строительства за счёт федеральных средств, постановлением Правительства Нижегородской области от 10 августа 2006 г. № 253 утверждена областная целевая программа «Совершенствование службы родовспоможения в Нижегородской области» на 2007–2009 гг. общей стоимостью 2,3 млрд руб., ключевым звеном которой является строительство областного перинатального центра, начиная с 2007 г. После выступления Губернатора Нижегородской области В.П. Шанцева на заседании Правительства Российской Федерации 27 июля 2006 г. протоколом № 26 Минздравсоцразвития России, Минэкономразвития России и Минфину России поручено рассмотреть вопрос о возможности софинансирования строительства перинатального центра в Нижегородской области.

Второй аспект высокотехнологичной помощи детям касается лечения в федеральных центрах в счёт выделенных квот. Для лечения маленьких пациентов Нижегородской области используются лечебно-диагностические возможности 27 федеральных клиник. В результате реализации национального проекта возможности увеличились: в 2005 г. направлено на лечение 467 детей, только за 8 месяцев 2006 г. — 445.

**Корр.: А что происходит с расходами на здравоохранение?**

**И.А. Переслегина:** Как отметил академик А.А. Баранов, отчисления на здравоохранение не должны быть менее 5% от валового внутреннего продукта (ВВП).

В настоящее время отчисления на здравоохранение Нижегородской области от валового регионального продукта (ВРП) составляют 2,9%. Расходы на педиатрическую службу составляют 23% консолидированного бюджета на здравоохранение (при оптимальном значении — 40%). В концепции развития здравоохранения Нижегородской области на среднесрочную перспективу, подготовленной для утверждения Правительством Нижегородской области, в качестве одной из стратегических задач предусмотрено достижение отчислений на здравоохранение от ВРП около 5%.

Вопросы задавала С. Думпэ,  
«Фармацевтический вестник»