3

Тематическое приложение к газете **Коммерсантъ**

Здравоохранение

Четверг 3 декабря 2020 №222 (6943 с момента возобновления издания)

kommersant.ru



14 | Как остановить уход с рынка востребованных противоопухолевых лекарств

19 | Новые терапевтические возможности для больных с рассеянным склерозом

20 | Реальные истории спасения пациентов словом

22 | Практические советы живущим в режиме онлайн

Коронавирус уже обнаружен у каждого 150-го жителя Земли. Осенне-зимняя волна пандемии 2020–2021 мощнее первой, весенней. По данным проекта «Инвитро. Мониторинг», средний процент пациентов с положительными результатами теста на антитела класса G в России вырос в ноябре до 38,8%. В мае он составлял 13,3%, в августе — 17,9%. Однако важно, чтобы коллективный иммунитет сформировался не за счет максимального естественного заражения, а вследствие эффективной вакцинации. Потому что пандемия уйдет, но вирус останется.

В ожидании третьей волны



АЛЕКСАНДР КАЗАКОВ

— скрининг —

Стандартная пандемия

Люди воспринимают происходящее по-разному. Кто-то наконец осознал опасность и стал принимать меры профилактики, во время первой волны казавшиеся ему нелепыми, а кто-то, напротив, устал бояться и, расслабившись во время снятия ограничений, продолжает жить, как прежде. Между тем, замечает главный пульмонолог Минздрава РФ, член-корреспондент РАН Сергей Авдеев, «если все носят маски, мы защитим всех, если половина — ни одного». Речь, понятно, не только о масках, но и о них тоже.

«Когда стало ясно, что вторая волна COVID-19 в большинстве стран намного сильнее первой, не осталось сомнений в том, что мы повторяем путь стандартной респираторной пандемии. Два самых ярких примера — „испанка“ начала XX века и гонконгский грипп 1960-х годов. При испанском гриппе первая, наименее смертоносная волна прошла весной 1918 года, вторая, самая мощная как по числу заболевших, так и по количеству погибших,— осенью и зимой 1918 года, а третья, средняя по силе, весной 1919 года. Окончательно пандемия завершилась в начале 1920 года. Мутировавший „гонконгский“ штамм также продемонстрировал три волны: с июля 1968 года по весну 1970-го. Оба раза вирус становился менее смертоносным и растворялся среди сезонного гриппа, лишь когда у большинства населения произошло знакомство с ним — то, что принято называть формированием коллективного иммунитета»,— отмечает Алексей Федоров, кардиохирург, кандидат медицинских наук, обозреватель журнала «Здоровье».

По данным проекта «Инвитро. Мониторинг», средний процент пациентов с положительными результатами теста на антитела класса G по России в ноябре вырос до 38,8%. В мае он составлял 13,3%, в августе — 17,9%. Впрочем, согласно исследованию, проведенному в Великобритании, более чем у 350 тыс. его участников, переболевших коронавирусной инфекцией, антитела исчезли в течение нескольких месяцев. При этом те, кто перенес болезнь бессимптомно, лишаются защиты быстрее. Поэтому важно, чтобы коллективный иммунитет сформировался не за счет максимального естественного заражения, а вследствие эффективной вакцинации.

Побочные эффекты

Появляется все больше данных о том, что COVID-19 ни у одного человека не проходит бесследно. По словам советника директора Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора по научной работе, академика РАН Виктора Малеева, мы пока еще не знаем всех его последствий, но есть уже сообщения о серьезных поражениях сосудов, внутренних органов и других проблемах со здоровьем.

Больше внимания стало уделяться и безопасности терапии. Отечественные ученые поднимают вопрос о необходимости изучения последствий лечения COVID-19, поскольку препараты, назначаемые сегодня в соответствии с ведомственными нормативными документами, могут не только привести к невосприимчивости к антибиотикам, но и вызвать ощутимые побочные эффекты.

Академик РАН, научный руководитель НИИ вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова Виталий Зверев на недавнем круглом столе по иммунопрофилактике инфекционных болезней в Совете федерации вскользь затронул и такую тему: какое количество новых возбудителей, устойчивых к средствам дезинфекции, мы получим в результате массированной обработки домов, подъездов и улиц дезинфекторами?

Новое заболевание порождает пока больше вопросов, чем ответов. На слуху у всех известия о мутациях вируса, однако, по словам специалистов, пока они затрагивают минимальную часть генома.

с 14

Облучение лечит

— технологии —

Российский рынок ядерной медицины оценивается в $1,2 млрд и демонстрирует стремительный рост, ежегодно увеличиваясь на 7–10%, и к 2030 году может достичь $3,5–4 млрд. Объем мирового рынка ядерной медицины составляет $24 млрд, а к 2030 году должен вырасти до $43 млрд. Инвестиционная привлекательность ядерной медицины неуклонно растет. Сегодня не только частный бизнес, но и крупнейшие российские банки готовы инвестировать в это направление. Что делает ядерную медицину столь перспективной?

Потребность ядерной терапии

Ядерная медицина использует радионуклидные фармацевтические препараты в диагностике и лечении кардиологических, онкологических и неврологических заболеваний. Именно эти заболевания сейчас являются причиной смерти подавляющего большинства людей. Старение населения в мире неизбежно приведет к дальнейшему росту этих заболеваний, поэтому спрос на ядерную медицину будет только увеличиваться.

За последние десять лет заболеваемость раком в России выросла на 40% и составляет 436,3 заболевшего на 100 тыс. населения. В стране 3,7 млн онкобольных, среди них 640 391 вновь заболевший в 2019 году. И все они нуждаются в радионуклидной диагностике, а многие — и в ядерной терапии.

Технологические прорывы последних лет делают радионуклидную медицину все более эффективной и безопасной. Преимущество передовых методов ядерной медицины (однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), протонная, карбоновая и брахитерапия, «Гамма-нож» и «Кибер-нож») заключается в точности диагностики и высокоэффективном, но в то же время щадящем органосохраняющем лечении, которое, как правило, не имеет побочных эффектов и зачастую не требует госпитализации пациента.

Хотя методы ядерной медицины предполагают использование дорогостоящего оборудования и радиофармпрепаратов, преимущества этого способа лечения привели к буму ядерной медицины во всех развитых странах. Разумеется, не стоит сбрасывать со счетов и экономические интересы производителей высокотехнологичной медицинской техники — транснациональных компаний, заинтересованных в сбыте своей продукции.

Лидером на мировом рынке ядерной медицины являются США (40% мирового рынка). Ближайшие конкуренты — Япония и Германия. От них заметно отстают Италия, Бельгия. Испания, Франция, Турция… Россия занимает меньше 5% мирового рынка ядерной медицины.

Заказчиком выступает государство

Драйвером развития рынка ядерной медицины в России стало погружение диагностических и терапевтических процедур в систему ОМС, в которой заказчиком выступает государство.

На этот перспективный рынок с гигантским неудовлетворенным спросом выходят крупные российские игроки: «Росатом», «Роснано», Федеральное медико-биологическое агентство, ГК «МедИнвестГрупп», грозящие потеснить на нем всемирно известные транснациональные бренды: Philips, Siemens, Toshiba, Bayer Diagnostics, GE Healthcare, MDS Nordion.

Основные сегменты рынка ядерной медицины — производство диагностического и терапевтического оборудования (ОФЭКТ, ПЭТ), производство сырьевых медицинских радиоизотопов, изготовление из них радиофармпрепаратов (РФП), проектирование и строительство центров ядерной медицины, сервис оборудования, утилизация отходов и собственно медицинские услуги.

За разработку всех этих направлений взялась госкорпорация «Росатом», планирующая к 2030 году освоить 12% мирового рынка ядерной медицины.

Интегратор развития медицинских ядерных технологий АО «Русатом Хэлскеа» объединяет ведущих производителей радионуклидов и радиофармпрепаратов, медоборудования и реакторов для наработки радионуклидов, а также центров по производству радиофармпрепаратов на основе ультракороткоживущих радионуклидов фтора-18, углерода-11, азота-13 и кислорода-15 для позитронно-эмиссионной диагностики.

Экспортер сырья

Хотя Россия заметно отстает в развитии ядерной медицины от передовых медицинских держав, но входит в пятерку крупнейших мировых производителей сырьевых медицинских изотопов, 90% которых уходит на экспорт. Радионуклидное сырье нарабатывают на ядерных реакторах и циклотронах.

Медицинские изотопы в нашей стране стали нарабатывать еще в 1940-е на первом ядерном реакторе А-1 комбината «Маяк». В настоящее время 40% мирового парка ядерных реакторов, на которых производятся медицинские изотопы, находится в России. Первый по ассортименту и второй по объему поставщик изотопной продукции в России — НИИ атомных реакторов — производит радиоизотопы йод-131, йод-125, иридий-192, вольфрам-188, стронций-89, вольфрам-188 (генератор рения-188), лютеций-177, ксенон-133…

80% радиоизотопной диагностической техники зависит от поставок изотопа молибдена-99 (Mo-99), который необходим для производства генераторов технеция-99m (Tc-99m) — основного диагностического радионуклида современной ядерной медицины.

с 16

«Невероятная усталость и в то же время эмоциональный подъем»

— экспертиза —

Весной текущего года московская городская клиническая больница №52 стала одним из первых в России стационаров, полностью перепрофилированных под лечение больных с COVID-19. Уникальным опытом борьбы и спасения пациентов по прошествии уже более восьми месяцев пандемии коронавируса делится главный врач больницы МАРЬЯНА ЛЫСЕНКО.

● *Городская клиническая больница №52 московского департамента здравоохранения (ГКБ №52 МДЗ) — многопрофильный стационар, который специализируется на сложных коморбидных больных. Междисциплинарный подход и центры компетенций в таких сферах, как нефрология, аллергология-иммунология, гематология, системные заболевания соединительной ткани, позволяют достигать успехов в лечении таких пациентов. В больнице работают более 2,5 тыс. сотрудников, за год проходят лечение около 60 тыс. пациентов, осуществляется более 20 тыс. операций, принимают 4–5 тыс. родов.*

— В чем вы видите особенность и уникальность опыта вашей больницы по прошествии более восьми месяцев с начала пандемии коронавируса?

— Изменение рутинных, хорошо отлаженных процессов никогда не проходит легко — с этим согласится любой руководитель. Самым сложным стал, конечно, первый этап. Надо было понять, как мы пережили это время, как ощущают себя сотрудники, насколько мы все сумели справиться с ситуацией на эмоциональном уровне. Мы запустили внутрибольничное исследование, чтобы получить информацию от всех: сотрудников, пациентов и их близких, а также волонтеров, работающих в больнице с начала пандемии и ставших полноценными участниками нашей команды. Я абсолютно убеждена, что обратная связь очень важна.

Даже по промежуточным результатам исследования видны значительные кадровые изменения. У каждого третьего сотрудника расширился или полностью изменился круг профессиональных обязанностей. Хирурги, гинекологи, офтальмологи, другие специалисты сейчас занимаются лечением больных с COVID-19. Кому-то пришлось поменять подразделение. Значительно увеличилась нагрузка, изменились графики работы. Поменялась и структура управления. И я рада отметить, что все это не создало серьезных эмоциональных проблем в коллективе.

Особенность нашей больницы — сложные, коморбидные больные с патологиями, пересаженными органами и др. Это всегда вызов. Одним из вызовов стала пандемия COVID-19.

Накопленный в больнице опыт оказался очень полезен. Схожие поражения иммунной системы характерны для системных заболеваний, таргетные биологические препараты, с которыми наши ревматологи умеют работать, оказались эффективны. Агрессивный иммунный ответ, специфическая реакция системы крови, поражения микрососудистого русла — стало понятно, что со всем этим делать. В результате частью нашей работы стала трансляция полученного нами противоковидного опыта для врачей из всех регионов России.

Чтобы не оставить без помощи и наших профильных пациентов, была создана достаточно сложная система. Успешно показала себя телемедицина, были организованы горячие линии, по которым людей консультировали, в случае необходимости привлекая амбулаторных врачей. Если без очной консультации не обойтись — приглашали на прием.

— Как удается не перегореть, работая в таких условиях?

— Невероятная усталость и в то же время эмоциональный подъем и исследовательский интерес — это то, что мы ощущаем во время пандемии. Что перевесит? Было несколько гипотез относительно атмосферы в коллективе и эмоционального состояния сотрудников, и я рада, что подтвердились самые позитивные.

Анализировать, разбираться и находить решения в ситуации, когда нет готовых рецептов, очень интересно. С профессиональной точки зрения то, что происходит сейчас, во многом изменит представления о многих областях медицины. Это редкая возможность для творческого поиска: мы можем быстро принимать решения, внедрять схемы лечения, методики и тут же получать результаты.

Благодарность людей, которым удается помочь, создает безумную энергетику — она в медицине очень важна. Одна из методик определяет лояльность сотрудников через готовность рекомендовать свое место работы друзьям и знакомым с соответствующей квалификацией. Средняя оценка по 10-балльной шкале составила у нас почти 8 баллов — это вдохновляет.

Мы ожидали увидеть изменение эмоционального состояния людей в ходе развития пандемии, накопление усталости. Но оно оказалось достаточно стабильным и выше среднего.

В нашем исследовании мы просили сотрудников оценить материальные и нематериальные факторы, связанные с работой во время пандемии. Убеждена, что последние не менее важны, и мы просили сравнить их с тем, что было до пандемии. Так вот, по мнению наших сотрудников, показатели компетентности коллег и руководителей подразделений, эффективности работы и взаимоотношений в коллективе (приятно сказать, что они у нас высокие) даже выросли по сравнению с доковидными временами.

с 19

здравоохранение

Цена преткновения

Сейчас в России наблюдается критическая нехватка 26 жизненно важных противоопухолевых препаратов. Зарубежные аналоговые препараты с доказанной эффективностью, хорошей переносимостью и доступные по цене, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), стали уходить с российского рынка с 2018 года. Основная причина — в несовершенстве законодательной базы, регулирующей ценообразование.

— регламент —



АНАТОЛИЙ ЖДАНОВ

Третий год подряд зарубежные аналоговые препараты с доказанной эффективностью, хорошей переносимостью и доступные по цене, включенные в перечень ЖНВЛП, уходят с российского рынка

Критическая нехватка

Последний яркий пример, иллюстрирующий назревшую проблему,— катастрофическая ситуация с аналоговыми препаратами для лечения онкогематологических заболеваний у взрослых и детей. По данным ФГБУ «НМИЦ гематологии» МЗ РФ, сегодня в России наблюдается критическая нехватка 26 жизненно важных, незаменимых противоопухолевых препаратов, среди которых «Винкристин», «Этопозид», «Даунорубицин», «Митоксантрон», «Идарубицин», «Метотрексат», «Цитарабин», «Карбоплатин» и др. Открытое письмо президенту РФ и правительству, подписанное 27 российскими некоммерческими благотворительными фондами, с просьбой принять экстренные меры было опубликовано 26 октября текущего года.

Эксперты — лечащие врачи, представители фондов, пациентских организаций и фармсектора — говорят о том, что проблема возникла не вчера: многие зарубежные аналоговые препараты с доказанной эффективностью, хорошей переносимостью и доступные по цене стали уходить с российского рынка с 2018 года.

В идеале процесс вывода новых препаратов на рынок и ухода с него непрерывный, саморегулирующийся и очень сбалансированный, где врач имеет реальную возможность назначить пациенту лечение, необходимое здесь и сейчас, а пациент — возможность эту терапию получить.

Таким образом, на рынке всегда есть только препараты, востребованные всеми участниками, нужды пациента полностью обеспечены. Это идеальная ситуация баланса.

Но такой баланс очень хрупок. Иногда компании вынуждены выводить препараты с рынка, и причины, стоящие за этим решением, практически никогда не обсуждаются публично.

«Такие решения — очень непростые для нас как для производителя, и до последнего времени они никак не отражались на российских пациентах, поскольку на рынке было достаточно других препаратов в разных ценовых сегментах»,— делится с „Ъ“ Андрей Колесников, директор по взаимодействию с государственными органами и обеспечению доступа на рынки России и Евразии компании Teva, одного из ведущих мировых производителей дженериков. За последние три года компания вынуждена была прекратить поставку на российский рынок некоторых воспроизведенных препаратов, в том числе из перечня ЖНВЛП, среди них — «Винкристин-Тева» (МНН «Винкристин»), а также «Купренил» (МНН «Пеницилламин»). Одной из причин является убыточность данных препаратов, обусловленная существенным повышением себестоимости производства при сохранении высочайших стандартов качества и невозможностью изменить предельную отпускную цену для российского рынка, объяснили это решение в российском офисе Teva. В компании также надеются, что принятое правительством Постановление №1771 позволит изменить данную ситуацию.

Почему «уходят» лекарства?

Можно выделить три основные причины прекращения поставок препаратов на рынок РФ.

Первая — производственная. К сожалению, с течением времени фармкомпания вынуждена переносить производства, оптимизировать имеющиеся мощности для поддержания нужного качества препарата. В этом случае прекращение поставок, как правило, носит временный характер. В худшем случае прекращается производство фармацевтической субстанции, и здесь уже речь идет о полной остановке выпуска данного препарата.

Вторая причина — низкая востребованность того или иного препарата со стороны системы здравоохранения и самих пациентов.

Третья причина — экономическая, наиболее критичная для всех участников рынка. Именно с этой проблемой чаще всего сталкиваются препараты, включенные в перечень ЖНВЛП. Действующие в России механизмы ценового регулирования не позволяют производителям гибко адаптировать свою ценовую политику к внешним изменениям, например к драматическому ослаблению локальной валюты (рубля), росту стоимости фармацевтической субстанции, расходам на маркировку. Себестоимость препарата вырастает по не зависимым от производителя причинам, а сопоставимое увеличение цены при сохранении надлежащего уровня качества невозможно на законодательном уровне. Препарат становится убыточным, и компания со временем вынуждена принимать решение о прекращении поставок, несмотря на востребованность у пациентов и врачей.

Трудности перевода

Ключевая задача дженериков — сделать терапию доступной для наибольшего числа пациентов, что не всегда достижимо в нашей стране. Из-за отсутствия в России института полного признания результатов международных клинических исследований для регистрации на территории страны аналоговый препарат в большинстве случаев обязан пройти локальные клинические исследования (ЛКИ). Поэтому вместо быстрого вывода на рынок доступных аналогов мы имеем в России очень длительный процесс регистрации, и треть его срока приходится на ЛКИ.

Клинические исследования — ключевой этап, на котором проверяются эффективность и безопасность препарата. Как за рубежом, так и в РФ для воспроизведенных препаратов в большинстве случаев проводят исследования биоэквивалентности, подтверждающие достаточную эффективность и безопасность дженерика, сравнимую с качеством оригинального лекарственного препарата. Это признанная мировая практика.

«С нашей точки зрения, требование о проведении локальных исследований может быть необходимо для локальных препаратов, но избыточно для иностранных дженериков из-за отсутствия научной новизны результатов. Мы понимаем, что препарат уже доказал свою биоэквивалентность в США, Канаде или Европе, и в России он будет сравниваться с тем же самым оригинальным препаратом, будет подано то же самое досье, что уже подавалось на других рынках. Результат предсказуем на 100%, и невольно возникает вопрос о необходимости подобной проверки. Плюс проведение дополнительных локальных исследований неизбежно отражается на стоимости регистрации препаратов. Часть из них вообще не попадает на российский рынок из-за того, что потенциальное число их покупателей не позволяет окупить издержки на проведение требуемых исследований на национальном уровне»,— объясняет детали регистрации дженериков в России Андрей Колесников. По его мнению, смягчение этих норм позволило бы ускорить доступ воспроизведенных препаратов на российский рынок, что, в свою очередь, дало бы существенное снижение стоимости терапии как для пациента, так и для системы здравоохранения в целом.

У этой идеи есть сторонники и среди российских чиновников. Еще в декабре 2015 года тогдашний глава ФАС Игорь Артемьев предлагал премьер-министру Дмитрию Медведеву рассматривать клинические исследования препаратов, зарегистрированных в США и ЕС, как достаточные для доступа на российский рынок, ведь «речь идет о здоровье десятков тысяч человек», отмечал он. Тогда против этой позиции выступил Минпромторг РФ, сравнивший отказ от клинических испытаний в России с предоставлением «приоритетного доступа на российский рынок иностранным лекарственным препаратам».

Законы рыночной экономики

Лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, очень часто ассоциируются только с государственными закупками. На самом же деле многие из них давно покупаются пациентами в аптеках за собственные средства. Чаще всего это молекулы, которые уже давно в рынке, с большим количеством воспроизведенных препаратов. Для таких препаратов нахождение в перечне несет только одно: ненужный избыточный контроль цены. И хотя действующие механизмы расчета предельных отпускных цен существенно эволюционировали вместе с системой лекарственного обеспечения, есть области, которые требуют доработки.

Ключевая из них — индексация. Сейчас ее величина ограничена планируемым уровнем инфляции. Но разрешенное повышение стоимости на несколько процентов в год часто недостаточно для того, чтобы и обеспечивать пациентов жизненно необходимыми препаратами, и поддерживать рентабельность на нужном уровне. Факторы, о которых уже говорилось выше,— увеличение стоимости фармацевтической субстанции, колебания курса валют — резко повышают себестоимость препарата, а действующая методика не дает возможности индексировать цену до советующего уровня. И даже если в мире произошла индексация цен, то в России производители ограничены уровнем инфляции. В таком случае для любой компании есть два варианта: быть нерентабельной, принять этот факт и продавать препарат себе в убыток или пересмотреть свой продуктовый портфель. Промежуточных вариантов быть не может, так как любой компромисс неизбежно приведет к потере качества.

Законы рыночной экономики вынуждают производителей выбирать для себя второй вариант, хотя, безусловно, крупным фармацевтическим компаниям, придерживающимся модели социально ответственного бизнеса, такое решение дается очень непросто, ведь если препарат не имеет аналогов на российском рынке, его уход нередко оставляет пациентов без нужной им лекарственной терапии, порой жизненно важной. Про социальную ответственность не пустые слова: та же Teva до самого последнего момента старалась найти выход и продолжала в течение двух лет поставлять для российских пациентов с ревматоидным артритом препарат «Купренил» себе в убыток. А онкогематологический препарат «Винкристин» компания поставляла в Россию вплоть до лета 2020 года, когда все-таки вынуждена была приостановить его ввоз.

«Мы, как благотворительный фонд, всегда говорим о том, как важно для больных детей, чтобы качественные и недорогие лекарственные препараты, которые помогают излечивать пациентов, были на рынке. Но для фармкомпаний это бизнес, и никто не будет им заниматься, если он стал убыточным. Компании-производители за год предупреждают регуляторов о том, что тот или иной препарат покидает российский рынок, в конце концов лекарства уходят, а со стороны наших регулирующих органов по-прежнему нет никакого понимания ситуации и проблемы. В результате все доходит до критической ситуации, когда родители пишут петиции и открытые письма президенту, премьеру о том, что нечем лечить детей»,— комментирует ситуацию Екатерина Шергова, директор благотворительного фонда «Подари жизнь».

Процесс исхода импортных аналоговых препаратов с российского рынка — как для лечения онкогематологических заболеваний, так и для ряда других — продолжится, пока не будут пересмотрены механизмы ценообразования на них, уверена эксперт.

«По факту мы видим, что импорт уходит, но никто не занимает его место, в результате сегодня нам просто нечем лечить детей, да и взрослых тоже. В будущем это может привести к увеличению числа рецидивов и росту смертности среди больных раком детей.

В критических ситуациях, когда оказывается, что в России нет того или иного жизненно важного препарата — ни российского, ни зарубежного производства (как сейчас с «Винкристином», до этого такая же патовая ситуация была с «Онкоспаром»), у иностранных производителей должна быть предусмотренная законодательством возможность доступа на российский рынок. Пока наше фармпроизводство не готово закрыть все потребности в лекарственной терапии людей с онкогематологическими заболеваниями качественными препаратами, у иностранных компаний должны быть какие-то легальные возможности работы в нашей стране. Нельзя в угоду импортозамещению приносить в жертву собственное население»,— уверена Екатерина Шергова.

Почти стопроцентная аналоговость

В России воспроизведенные лекарства — дженерики — пользуются особым спросом. Согласно данным DSM Group, по итогам девяти месяцев 2020 года доля закупаемых государством дженериков составила 93,1% (в упаковках), а доля оригинальных препаратов — 6,9%. При этом на закупку 6,9% упаковок оригинальных препаратов приходится почти половина госрасходов — 48,2%, а на закупку дженериков — 51,8%. Так, в больницах России только 4,4% упаковок закупаемых лекарств — это оригинальные препараты, а 95,6% закупок — дженерики.

По федеральной льготе закупается 14,1% оригинальных препаратов, на которые идет 52,5% средств бюджета, следует из данных DSM Group, а доля закупаемых упаковок дженериков составляет 85,9% (на них уходит 47,5% средств). Чуть меньше разница при закупках по региональной льготе, как следует из данных аналитиков. В регионах 20,3% закупок в упаковках составляют оригинальные препараты и 79,7% — дженерики, на них тратится 59,4% и 40,6% средств соответственно.

На коммерческом рынке востребованность дженериков также высока. Так, за девять месяцев 2020 года доля аналогов в общем объеме продаж в аптеках по сравнению с тем же периодом 2019 года увеличилась в стоимостном выражении на 0,9% (с 62,1% до 63%). Дженерики сегодня преобладают на отечественном рынке, следует из «Ежемесячного розничного аудита фармацевтического рынка РФ» DSM Group. В то же время доля оригинальных препаратов по итогам девяти месяцев текущего года составила 16,6% в упаковках, в стоимостном объеме — 37% от общего объема, говорится в исследовании.

Как правило, стоимость «копий» значительно ниже, чем самих оригинальных препаратов — иногда разница в цене может быть в десять и более раз. Связано это с тем, что производители дженериков не вкладывают деньги в создание новой молекулы, а выпускают лекарство по разработанной компанией—создателем оригинального препарата схеме, вышедшей из-под патентной защиты.

Из-за более низкой стоимости воспроизведенные препараты имеют большое социальное значение для государства. По словам директора департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елены Максимкиной, зарубежный и российский опыт применения дженериков показывает, что только благодаря их использованию удается охватить терапией большое количество граждан.

Наталья Тимашова, Алиса Леонидова

В ожидании третьей волны

— скрининг —

с13 Обсуждаются и погрешности ПЦР-диагностики: широкий резонанс получило сообщение Сергея Авдеева о том, что 30–40% тестов на коронавирус показывают неправильный результат, однако связано это не с качеством тестов, а с некачественно взятым материалом. Но этот метод важен и пока является основным для выявления инфекции, а также рисков, связанных с болезнью и инфицированием окружающих.

Тест-системы

В апреле компания Takeda совместно с ведущими компаниями мира, специализирующимися на сборе плазмы крови, разработке, производстве и дистрибуции препаратов на основе плазмы крови, создала CoVIg-19 Plasma Alliance, который вскоре приступит к клиническому исследованию безопасности и эффективности гипериммунного глобулина (H-Ig) для лечения пациентов с высоким риском осложнений после COVID-19. Если оно будет успешным, альянс начнет процедуру регистрации вакцины, он также занимается разработкой препаратов с большим потенциалом лечения новой коронавирусной инфекции и ее симптомов.

Недавно объединили усилия по разработке потенциального перорального препарата для лечения COVID-19 компании Roche и Atea Pharmaceuticals. Компания AbbVie и Гарвардский университет объявили о создании альянса с бюджетом $30 млн для проведения совместных исследований на базе Гарвардской медицинской школы (HMS), направленных на разработку новых методов лечения вирусных инфекций, особенно тех, которые вызываются коронавирусами и вирусами, провоцирующими геморрагическую лихорадку.

Появление этих и других новых препаратов сделает терапию COVID-19 более эффективной, однако у медиков, по словам Алексея Федорова, уже сегодня появилось понимание того, как правильно лечить заболевание при каждом варианте течения и на каждом из этапов. Врачи сейчас спасают многих из тех, кого весной вылечить не удавалось.

Меньше стало нареканий по поводу тестов на антитела. Помимо уже показавших свою эффективность тест-систем иностранных производителей, в частности компании Abbott (к ним недавно добавился зарегистрированный Росздравнадзором тест для определения антител класса IgM и IgG в крови к вирусу SARS-CoV-2 Siemens Healthineers, чувствительность которого составляет 100%, а специфичность — 99,8%, результат же бывает готов за 18 минут), буквально на днях на рынок вышла отечественная тест-система SARS-CoV-2-CoronaPass. Она разработана консорциумом биотехнологических компаний: Genetico, «Биопалитра» и «НекстГен» (входит в группу компаний ПАО «Институт стволовых клеток человека», резидента «Сколково»). Тест-система показала высокие результаты: специфичность (отсутствие ложноположительных результатов) — 100% на выборке из группы более 200 образцов от доноров допандемического периода, чувствительность — 98,7% на выборке людей, перенесших подтвержденную инфекцию COVID-19.

«Тест-система нацелена на выявление именно тех антител, которые нейтрализуют вирус, что может быть важным для определения у пациентов наличия нейтрализующего иммунитета до и после применения вакцины»,— говорит Артур Исаев, директор центра Genetico.

Иммунные ответы

Массовая иммунизация отечественной вакциной «Спутник V» начнется в конце ноября — начале декабря. 18 ноября вице-премьер РФ Татьяна Голикова на совещании президента Владимира Путина с членами правительства сообщила, что в гражданский оборот уже выпущено 60 тыс. доз вакцины. Всего в ноябре планируется направить для вакцинации более 650 тыс. доз препарата, еще 2,2 млн доз — в декабре.

А в мире появляются все новые и новые разработки вакцин (помимо тех, о которых мы рассказывали в предыдущем выпуске «Ъ-Здравоохранения» от 27 октября), например Takeda в партнерстве с японской компанией Novavax, Philip Morris International совместно с биофармацевтической компанией Medicago и другие. Продолжаются клинические исследования вакцины компании AstraZeneca и Оксфордского университета в разных странах мира: в Великобритании, США, Бразилии, Южной Африке, Японии, Кении — с привлечением до 60 тыс. участников разного возраста и разных расовых, этнических и географических групп. Промежуточные результаты клинических испытаний II/III фазы продемонстрировали, что вакцина вызвала устойчивый иммунный ответ во всех возрастных группах, при этом у пожилых добровольцев наблюдалась более низкая частота местных и системных реакций, чем у молодых людей.

С нами навсегда

С ростом заболеваемости все больше становится пациентов, нуждающихся в реабилитации после лечения. К сожалению, есть среди них и дети. Первые 15 пациентов после выписки из Свердловской областной детской клинической больницы проходят реабилитацию на базе ее загородного отделения. Все они, по словам начальника отдела восстановительного лечения Виктории Цегельной, перенесли коронавирусную инфекцию с развитием пневмонии среднетяжелой или тяжелой формы с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации 4–5 баллов, что соответствует выраженной тяжести нарушений и потребности в постоянной заботе.

Подобные отделения для детей и взрослых открываются и в других регионах.

В последний месяц этого трудного года хочется надеяться на перемены к лучшему. Прогноз специалистов таков: значимый спад заболеваемости начнется летом будущего года, а к концу 2021 года пандемия коронавируса завершится в большинстве регионов мира. Однако вирус SARS-CoV-2 останется с нами навсегда.

Алена Жукова

здравоохранение

«Нельзя прерывать лечение хронических заболеваний»

Немецкая фармацевтическая компания «Берингер Ингельхайм» очень амбициозная — это проявляется и в том, как на конкурентном мировом фармрынке компания остается во владении одной семьи на протяжении 135-летней истории. В компании всегда вкладывались в развитие человеческого капитала. Это создает условия для личного развития и позитивной конкуренции сотрудников, а также поддерживает атмосферу взаимной поддержки и доверия: от владельцев, ведущих менеджеров до начинающих сотрудников. Почти четверть века по этому пути идет **Оливер Кёнке**, генеральный директор «Берингер Ингельхайм» в России.



ИГОРЬ ИВАНКО

НА ЯЗЫКЕ БИЗНЕСА

Оливер Кёнке окончил факультет политических наук Университета экономики в Будапеште. Он имеет степень магистра наук (MSc) в области международных отношений и макроэкономики Восточной Европы, полученную в 1995 году в Потсдамском университете. Начал свою деятельность в компании «Берингер Ингельхайм» в 1997 году в восточноевропейском подразделении компании в Вене. С 2009 по 2019 год был генеральным директором и руководителем подразделения рецептурных препаратов «Берингер Ингельхайм» в Польше. В дополнение к этому в 2017–2018 годах занимал должность генерального директора и руководителя подразделения рецептурных препаратов «Берингер Ингельхайм» на Украине. Во время работы в Польше был вице-президентом, финансовым управляющим, председателем наблюдательного комитета и членом совета директоров INFARMA — ассоциации фармацевтических компаний «Фармацевтические инновации», а также вице-президентом правления немецко-польской Торгово-промышленной палаты. С 1 января 2020 года занимает должность генерального директора и руководителя подразделения рецептурных препаратов «Берингер Ингельхайм Россия». В сентябре 2020 года Оливер Кёнке был избран заместителем председателя Комитета по фармацевтике и здравоохранению российско-германской внешнеторговой палаты. Владеет венгерским, английским, русским, украинским, итальянским, немецким и польским языками. Увлекается плаванием на открытой воде и военной историей. Женат, воспитывает двоих сыновей.

— стратегия —

Мыслить поколениями

— Как компания «Берингер Ингельхайм» переживает пандемию COVID-19 и коронакризис?

— Когда пандемия только начиналась, совет директоров компании заверил сотрудников, которых у компании в мире более 51 тыс. человек, в неизменности принципов и приверженности ценностям семейной компании в независимости от географического нахождения и работы филиалов. Все они должны быть уверены в завтрашнем дне.

Потому что в «Берингер Ингельхайм» мыслят не кварталами, а поколениями.

Потому что и владельцы компании понимают, что основной капитал — это люди. И компания развивается только благодаря сотрудникам. Только благодаря людям у нас есть уникальные препараты.

Потому что инновационные препараты спасают больных в независимости от состояния экономики или наличия пандемии в окружающем нас мире.

— В пандемию для всех стало очевидно, что если вы и ваши коллеги в России и в мире, не спасут нас, больше не на кого надеяться. Но, несмотря на почти прошедший год, до сих пор нет в мире оптимального препарата от лечения коронавируса.

— Это так. При этом всем стало очевидно, что быстрых результатов в разработке лекарств не бывает. А высокая цена инновационных препаратов не случайна, потому что в их разработку вложено много усилий, средств, сил и времени, огромный человеческий и исследовательский капитал.

— Какие практические выводы сделал для себя «Берингер Ингельхайм» в этот всеохватывающий кризис?

— Первым делом мы определили направления, в которых у нас имеется наивысшая компетенция, а значит, максимальные возможности для получения результата в сотрудничестве с коллегами по фармрынку.

Это прежде всего разработка и продвижение препаратов от осложнений, возникающих на фоне COVID-19, пневмонии, инсульта, инфаркта, диабета.

Поскольку у нас традиционно развиты соответствующие направления и есть эффективные кардиологические препараты, а также препараты для терапии заболеваний легких и диабета 2 типа.

Мы закупаем тесты и средства индивидуальной защиты для медиков по всему миру, и в России.

Мы постоянно тестируем своих сотрудников. Потому что бывает так, что человек, зараженный вирусом, не зная об этом, не соблюдает правил безопасности. И является разносчиком заболевания.

— В текущем году упали все национальные экономики, кроме, может быть, китайской, многие компании пострадали. Каков результат вашей компании в этот период?

— У нас хорошая динамика. Растет спрос на наши препараты. Розничные продажи несколько ослабли, но общий объем продаж наших препаратов показал прекрасный прирост. Потому что компания показывает значительный рост по закупкам наших препаратов в госпитальном сегменте.

— Во время пандемии и кризиса для всех очевиднее и пронзительнее стали роль и назначение фармацевтического бизнеса, фармацевтической промышленности.

— В период, когда люди массово болеют COVID-19, очевидным также стало, что остальные болезни — от гриппа до онкологии — не исчезли.

Первейшая задача компании в том, чтобы наши препараты всегда присутствовали во всех логистических цепочках, чтобы в каждой российской аптеке имелись наши препараты.

При этом мы хотим, чтобы наши сотрудники, работающие по реализации этой задачи, оставались здоровыми, чтобы они могли оставаться эффективными и продуктивными.

Еще одна наша задача состояла в том, чтобы довести до всех потенциальных потребителей наших препаратов тот факт, что нельзя откладывать лечение на потом, нельзя прерывать лечение хронических заболеваний из-за новой коронавирусной инфекции, ждать завершения пандемии. Потому что потом ухудшится состояние, а лечение станет дороже и не столь эффективным.

— Во внутреннем рейтинге национальных дочерних компаний Берингера на каком месте российская компания?

— В Европе на шестом месте. Для нас это неплохо.

На своем примере

— Ваша программа, с которой вы возглавили компанию «Берингер Ингельхайм в России» 1 января 2020 года?

— Я очень хотел работать в России. Это была моя давняя мечта. Моя программа-минимум, когда я возглавил «Берингер Ингельхайм» в России, состояла в том, чтобы ничего здесь не испортить. Максимальная — в том, чтобы компания стала динамичнее, чтобы больше пациентов улучшили свое здоровье благодаря нашим препаратам, чтобы мы вошли в топ-10 фармацевтических компаний на российском фармацевтическом рынке. Я уверен, что эти цели достижимы.

Основа рецептурного портфеля нашей компании — инновационные препараты. Главное их качество в том, что они спасают пациентов от смерти, возвращая их к жизни. Например, при диабете 2 типа и инсульте.

Доступность этих препаратов, их распространенность в России во многом зависят от нашей команды, от умения сотрудников «Берингер Ингельхайм» мыслить не только сиюминутными задачами, но и смотреть на перспективу. Причем для успешной работы в команде важны не только образование, кругозор, знания, навыки, опыт — нужны желание и даже страсть, потребность перемен.

Я стремлюсь к тому, чтобы наша команда стала сильнее и динамичнее, чтобы компания получила новый импульс. При этом я готов делегировать свои полномочия с таким расчетом, чтобы сотрудники осознанно принимали общие решения, направленные на изменения и развитие. Потому что от командной работы все зависит. Я вкладываюсь в людей.

Поэтому до 80% своего времени я посвящаю личному общению с сотрудниками. Причем не только с моими непосредственными подчиненными.

Стараюсь быть открытым и доступным. Когда было возможно, мы проводили общекомандные встречи, в формате деловых ток-шоу, когда люди могли задать мне любые вопросы, причем не только о работе, но о моих интересах, о моей семье, обо мне.

— Вам и повезло и не повезло: вы возглавили компанию в России в один из самых трудных моментов в истории человечества, в экономике, в фарминдустрии за последние годы. Какой вывод о себе самом вы сделали за эти месяцы как о руководителе, профессионале, что нового вы о себе узнали? Об окружающем мире? О своем бизнесе, о фармацевтике? Об индустрии?

— Я окончательно утвердился в том, что люди — это самое главное в жизни и в работе, а я больше всего люблю общаться с людьми напрямую, вживую. Потому что когда ты отдаешь людям себя, свою энергию, ты и получаешь взамен не меньше.

Я еще раз убедился в том, что руководить — это не только командовать, но и сопереживать, быть для сотрудников партнером, соратником, и вместе с ними пытаться их понять. Проявлять к людям уважение и эмпатию.

Задача руководителя состоит также в том, чтобы способствовать и научить сотрудников выходить из зоны комфорта. Разумеется, на своем примере.

— Можно ли сказать, что реальность и ваши первые 200 дней руководства российской компанией превзошли ваши ожидания?

— Хороший вопрос. Да, я вижу, что мы удержали курс на развитие. Сотрудники, перешедшие на дистанционный формат работы, справляются с решением своих задач. В условиях тотального вызова мы сохранили работоспособный коллектив. Люди укрепились в своей вере в компанию.

В основе прорыва

— Как вы можете объяснить такой феномен? Ни одна российская фармацевтическая компания не входит в число крупнейших мировых фармкомпаний, нет ни одного российского препарата, известного во всем мире. Но именно Россия выпустила первую в мире вакцину от COVID-19 «Спутник V».

— Я думаю, это стало возможным благодаря сохранению в России еще советской школы, экспериментальной базы и экспертизы по созданию вакцин. Россия первой создала вакцину от лихорадки Эбола. И вот эти достижения лежат в основе прорыва в создании вакцины от коронавируса.

Вторая составляющая успеха в том, что вакцина «Спутник V» была создана государственным институтом, которого не волнуют вопросы прибыли, когда поставлена задача достижения стратегического результата.

Достижения частного фармбизнеса в России скромнее из-за недостаточного горизонта инвестиций и прибыли, потому что все хотят быстрых инвестиций и быстрой прибыли. Но фармацевтические исследования всегда рассчитаны на перспективу.

— Я тоже думаю, что это стало возможным благодаря тому, что в России удивительным образом в 1990-е годы, когда рухнуло многое в медицине, национальная научная школа исследований в области создания вакцин не разрушилась. Сохранилась и преумножилась экспертиза, и появились государственные инвестиции. Счастливое сочетание обстоятельств.

Дыхание — это жизнь

— Важнейшая специализация «Берингер Ингельхайм» препараты для терапии заболеваний легких. Я сам порой лечусь одним из ваших препаратов. Что нового для российских пациентов предлагает компания в этом году?

— Сложный, специальный вопрос, но я постараюсь ответить просто. В конце августа в России зарегистрированы новые показания в использовании препарата с действующим веществом нинтеданиб компании «Берингер Ингельхайм». Этот препарат применяется при лечении хронических фиброзирующих интерстициальных заболеваний легких с прогрессирующим фенотипом.

При этом заболевании наблюдается значительное ухудшение работы легких, что приводит к снижению легочной функции, люди задыхаются. Как следствие, резкое снижение качества жизни пациентов. Это редкое заболевание: по статистике 10 больных на 100 тыс. человек.

Наш препарат значительно замедляет скорость снижения легочной функции. В результате риск обострения и смерти может снизиться на треть — это значит, одна треть наших пациентов может прожить на 10-15 лет дольше. Это первый подобный препарат в России, который может изменить жизнь для целой группы больных.

— В православии есть молитва, которая начинается словами: «Каждое дыхание да славит Господа!» Получается, препарат вашей компании продлевает это самое сокровенное дыхание, обращенное к Богу.

— Это хорошее сравнение. Спасибо.

Потенциал для развития

— В 1995 году вы завершили образование, с 1997 года вы работаете в компании «Берингер Ингельхайм», уже почти четверть века. В разных странах, теперь — в России. Почему остаетесь верны «Берингер Ингельхайм»?

— Когда я пришел в «Берингер Ингельхайм», мне сказали: начинай снизу. Так ты сможешь изучить и понять компанию, особенности ее работы и структуры, ее принципы. И если ты будешь хорошо работать, с полной самоотдачей, вкладываясь в работу всей душой, то ты сумеешь найти свой путь и возможности для самореализации. Компания отвечает за твое развитие, а ты отвечаешь за свой результат.

Так и получается. Компания дает мне возможности для развития, я создаю возможности для развития людям, с которыми работаю, и все вместе мы продолжаем расти. Так из года в год. Положительный результат.

Я чувствую, понимаю, что этот процесс продолжается, у меня и у компании еще есть потенциал для взаимного развития и реализации.

Когда я более 11 лет назад возглавил «Берингер Ингельхайм» в Польше, компания там была на 30-м месте. Спустя десять лет, когда я уходил, компания вышла на пятое место на национальном фармрынке. Я думаю, что это удалось по причине уважения и доверия к людям, с которыми я там работал.

Не бояться ошибок

— Какие мифы о России вы для себя разрушили за первые 200 дней работы в России?

— Уровень развития инфраструктуры и технологий в России значительно выше, чем представляется из-за границы.

Внешне кажется, что русский человек закрытый. Но как только ты делаешь шаг навстречу, человек открывается всем сердцем.

Русская еда оказалась прекрасной и многообразной, впитавшей в себя лучшее из разных кухонь мира.

Здесь люди много импровизируют, и это хорошо. Но иногда импровизация ведет к упрощению и даже выхолащиванию важных качеств. И тогда импровизация становится более короткой, дорогой, но не всегда наилучшим вариантом. То есть тактический выигрыш не всегда приводит к стратегической победе.

В России человек, когда ошибается, он считается слабым. Но это не так: не совершает ошибок только тот, кто ничего не делает. Умный человек тщательнее изучает свои ошибки, чем свои победы. Потому я стараюсь в компании создать такую атмосферу, чтобы люди не боялись экспериментов, чтобы пробовали новые пути, чтобы не боялись совершать ошибки. Только такой человек сильный. В моем случае стакан наполовину полный, а не пустой.

Еще один миф, который, к сожалению, оказался правдивым. В России действительно развит фатализм.

Встречается порой мнение: мол, это наша судьба, что делать, мы всегда так жили и будем жить, будет дальше так, как и есть.

Большие планы

— Как вы провели время тотального карантина, когда нельзя было выйти?

— Конечно, было непросто, прежде всего с точки зрения работы, когда все дистанционно. Но и появилась уникальная возможность лучше узнать своих близких, супругу, своих сыновей.

— Как поддерживали и поддерживаете физическую форму?

— Я занимаюсь плаванием на длинные дистанции на открытой воде.

Ограничения и запреты во время карантина были для меня большим испытанием. Плавание дает мне очень много позитивной энергии. Сейчас я стараюсь проплывать 15 км в неделю.

У меня в России большие планы. Я хочу поплавать в Балтийском море, на Байкале, может быть, на Камчатке — посмотрим. Огромная страна дает огромные возможности не только в бизнесе, но и для собственного развития. И я хочу и буду встречаться с прекрасными людьми, которые здесь живут, поэтому у меня позитивный взгляд и ожидания моего будущего в России. Моя семья со мной.

Я хочу создать и сделать такое, что не только сделает меня сильнее, но и останется здесь в России после меня.

— В Польше вы говорили по-польски, в Англии — на английском, в России — на русском, в Германии — на немецком, какие еще языки вы знаете и что они вам дают?

— Венгерский — мой родной язык, еще кроме упомянутых языков, я знаю итальянский.

Знание языков позволяет быть ближе к людям: лучше их понимаешь, без фильтра в виде перевода, который зачастую не передает чувства, столь важные в общении.

Знание языка, на котором говорят окружающие тебя люди,— это проявление уважения к ним. Если все твои сотрудники говорят по-русски, ты обязан говорить по-русски, чтобы лучше их понимать и сотрудничать с ними.

Чтобы понять страну, в которой ты работаешь и живешь, надо знать язык этой страны.

— Могу вам пожелать только успехов.

— Я старался быть искренним. Мне были интересны ваши вопросы.

— А я вам благодарен за фразу, которая родилась в нашей беседе. Потому что получается, что сначала было слово, а потом было дыхание. Берегите себя.

— Спасибо вам большое. Я с открытым сердцем пришел в Россию.

Беседовал
Владислав Дорофеев

В ОСНОВЕ НЕЗАВИСИМОСТИ

Разработка инновационных лекарственных препаратов для людей и животных лежит в основе деятельности компании «Берингер Ингельхайм». Миссия компании — создавать прорывные препараты для лечения респираторных, сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний, онкологии, иммунологии, заболеваниях центральной нервной системы и сетчатки глаза. С момента своего основания в 1885 году «Берингер Ингельхайм» остается независимой семейной компанией.

Более 51 тыс. сотрудников ежедневно создают ценности через инновации в трех подразделениях бизнеса: рецептурном, ветеринарном и биофармацевтическом. В 2019 году компания «Берингер Ингельхайм» достигла чистого объема продаж в €19 млрд. Благодаря значительным инвестициям в исследования и разработки в размере почти €3,5 млрд компания является одним из лидеров отрасли.

Благодаря значительным инвестициям в IT-инфраструктуру и цифровые технологии почти 40 тыс. сотрудников «Берингер Ингельхайм» по всему миру смогли с началом пандемии COVID-19 перейти на дистанционный режим работы из дома. Цифровые технологии компании позволяют поддерживать связь с врачами. А ветеринарам — осуществлять диагностику заболеваний домашних животных удаленно (с помощью цифровой платформы PetPro в США).

С началом пандемии компания включилась в поиск антител, нейтрализующих вирус, провела тщательный анализ своей базы молекул (более 3 млн наименований) на наличие соединений, которые могут воздействовать на вирус. «Берингер Ингельхайм» приняла активное участие в проектах, посвященных COVID-19, в рамках нескольких исследовательских консорциумов, например в Инициативе Европейского союза по инновационным лекарственным средствам (Innovative Medicines Initiative). Также компания присоединилась к инициативе Фонда Билла и Мелинды Гейтс. Компания выделила €5,8 млн в качестве пожертвований и предоставила сотрудникам (51 тыс. человек) оплачиваемый отпуск для осуществления волонтерской деятельности по борьбе с COVID-19, направила €580 тыс. на поддержку социального предпринимательства в регионах Кении и Индии, в которых действует программа «Сделаем мир здоровее» (Making More Health).

Участие в программах борьбы с COVID-19 стало возможным благодаря успешной работе «Берингер Ингельхайм» в 2019 году. С учетом изменения курса валют чистый объем продаж увеличился на 5,7% по сравнению с 2018 годом и достиг €19 млрд. Инвестиции в исследования и разработки (R&D) выросли на 9,4%, почти до €3,5 млрд, и составили 18,2% от чистого объема продаж, в основном за счет новых препаратов и развития портфелей в рамках существующих проектов. В 2019 году компания инвестировала рекордные €1,1 млрд (€950 млн в 2018 году) в материальные активы. Операционная прибыль на уровне группы компаний «Берингер Ингельхайм» выросла примерно на 9%, до €3,8 млрд, а чистая прибыль после уплаты налогов увеличилась до €2,7 млрд (€2,1 млрд в 2018 году). Денежный поток от операционной деятельности увеличился на €356 млн, до €3,3 млрд. По состоянию на конец 2019 года доля собственного капитала составляла 44% (40% в 2018 году).

Подразделение рецептурных препаратов выступило основным драйвером роста компании в 2019 году. Продажи рецептурных препаратов достигли €14 млрд, показав рост на 8,0% (с учетом разницы курса валют), что составило 74% от общего чистого объема продаж. Достижению общего результата способствовали все регионы. Самую большую долю в чистом объеме продаж продолжают занимать препараты для лечения респираторных, сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний. При этом лидером в сегменте рецептурных препаратов впервые стал лекарственный препарат с действующим веществом эмпаглифлозин, средство для терапии сахарного диабета 2 типа, которое также может снижать риск возникновения сердечно-сосудистых событий у пациентов с диабетом 2 типа и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Инвестиции в исследования и разработки в сфере рецептурных препаратов составили €3 млрд, или 21,8% от чистого объема продаж. Существующий портфель разработок включает около 100 проектов на всех фазах исследований. Компания стремится к тому, чтобы 75% данных исследований изучали либо первые в своем классе молекулы, либо первые препараты в новых терапевтических направлениях. Исследования и разработки в области рецептурных препаратов сосредоточены на сердечно-сосудистых, метаболических и респираторных заболеваниях, онкологии, иммунологии, заболеваниях центральной нервной системы и сетчатки глаза.

Ветеринарное подразделение компании «Берингер Ингельхайм» является одним из крупнейших поставщиков ветеринарных вакцин и лекарственных препаратов, широко представленных в сегменте средств для лечения сельскохозяйственных и домашних животных. Ветеринарное подразделение достигло чистого объема продаж в размере €4 млрд в 2019 году (–0,7% с учетом разницы курса валют).

«Берингер Ингельхайм» — один из ведущих производителей биофармацевтических препаратов. Клиентами подразделения биофармацевтического контрактного производства «Берингер Ингельхайм», известного под торговой маркой Boehringer Ingelheim BioXcellenceTM, являются 70% их топ-20 и ведущих фармацевтических и инновационных биотехнологических компаний. Чистый объем продаж биофармацевтических препаратов в 2019 году составил €786 млн (+7,1% по сравнению с прошлым годом с учетом разницы курса валют).

Владислав Дорофеев

здравоохранение

Облучение лечит

— технологии —

С13

Число диагностических процедур с использованием технеция-99m в мире превышает 25 млн в год. Госкорпорация «Росатом» реализует в НИИАР проект «Молибден-99» для изготовления Tc-99m, с которым планирует занять 20% мирового рынка.

На сегодня доля «Росатома» в мировом производстве радиоизотопов составляет 25–40% в зависимости от вида радионуклидов. Стратегическая цель госкорпорации — занять третье место в мире по объему выручки от экспорта радиоизотопов.

По оценкам зарубежных экспертов, Россия неплохо встроена в мировое разделение труда и получает немалый доход от экспорта сырьевых изотопов. «Необходимо наладить выпуск отечественных изотопов и прекратить практику радиоактивного транзита, когда мы отправляем сырье за границу, а обратно везем готовые препараты»,— убежден главный онколог Минздрава России Андрей Каприн.



ВАСИЛИЙ ШАПОШНИКОВ

В России 3,7 млн онкобольных. Все они нуждаются в радионуклидной диагностике, многие — в ядерной терапии, возможности которой пока еще недостаточны. На фото липецкий центр ядерной терапии

Дефицит радиопрепаратов

Готовые радиофармпрепараты для диагностики и лечения получают в результате синтеза сырьевых медицинских радиоизотопов с биологическими маркерами. Это очень сложное и дорогостоящее производство. Мировой рынок радиофармпрепаратов контролируют преимущественно западные компании (британская Amersham, итальянская Bracco, американские Bristol-Myers Squibb и Covidien и германская Schering).

В России медицинские радиофармпрепараты выпускает целый ряд фармпредприятий, научных и медицинских центров: московский завод «Медрадиопрепарат» ФМБА России, АО «Фарм-Синтез», Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева, Центральная клиническая больница управления делами президента РФ, ООО «Диамед», Обнинский филиал НИФХИ им. Л. Я. Карпова и Физико-энергетический институт им. А. И. Лейпунского, Институт мозга человека им. Н. П. Бехтеревой (Санкт-Петербург), Радиевый институт им. В. Г. Хлопонина (Санкт-Петербург), Российский научный центр радиологии и хирургических технологий (Санкт-Петербург), а также Томский НИИ ядерной физики при ТПУ.

Тем не менее в стране сохраняется острая нехватка радиофармпрепаратов, их ассортимент крайне узок. Радиофармпрепараты для диагностики in vitro в России не производятся вообще, из остальных выпускается только 20 наименований из 200 производимых в мире.

В крупнейших научных центрах ведутся исследования перспективных изотопов и разработка на их основе новых радиофармацевтических препаратов. Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна работает над использованием рения-188 для лечения ревматоидного артрита, которое минимизирует болевой синдром и стимулирует регенерацию хрящевой ткани сустава. В Иркутском институте химии им. А. Е. Фаворского изучают возможность применения радионуклидной захват-терапии для лечения опухолей головного мозга. В НИИ радиологии исследуют сочетание терапевтической функции альфа- и бета-эмиттеров для лечения целого ряда онкологических заболеваний. НИФХИ имени Карпова развивает идею разработки и доставки радиопрепаратов для брахитерапии при лечении онкологии женской репродуктивной сферы. Работа над созданием новых радиофармпрепаратов идет в Институте теоретической и экспериментальной физики (Москва), НБИК-центре Курчатовского института (Москва), Петербургском институте ядерной физики (Гатчина), Институте физики высоких энергий (Протвино), МРНЦ им. А. Ф. Цыба (Обнинск)…

Курс на импортозамещение

Современное высокотехнологичное оборудование для ядерной медицины в нашей стране практически не производится, а то, что закупалось в рамках модернизации здравоохранения, эксплуатируется больше десяти лет и нуждается в замене.

У «Росатома» на этот счет большие планы: он намерен уже через пять лет стать лидером поставок диагностического и терапевтического оборудования на российском рынке. Реально ли это?

В стране сейчас ведутся работы по созданию и выводу на рынок импортозамещающего радиотерапевтического комплекса на основе линейного ускорителя для прецизионной лучевой терапии.

В прошлом году в НИИ технической физики и автоматизации прошли стендовые испытания модернизированного отечественного брахитерапевтического комплекса «Агат-ВТ». Там же разработано новое поколение гамма-терапевтического комплекса контактной лучевой терапии «Agat-Smart». Предполагается широкое внедрение установки в онкологических учреждениях страны.

В НИИ электрофизической аппаратуры создан гамма-томограф «Эфатом» для диагностики целого ряда заболеваний. Клинические параметры гамма-камеры аппарата не хуже, чем у зарубежных аналогов, уверяют разработчики. В ближайшее время планируется освоить серийное производство аппарата. «Росатом» также планирует выпускать циклотроны.

Разрабатывается и оборудование на основе изотопных микроисточников для брахитерапии. В рамках проекта импортозамещения получен полностью отечественный высокотехнологичный продукт, не уступающий мировым аналогам. В Медицинском радиологическом научном центре им. А. Ф. Цыба проведена первая операция брахитерапии злокачественной опухоли предстательной железы с использованием полностью российских микроисточников изотопа йод-125, который нарабатывается в НИИ атомных реакторов. «Зерна»-микроисточники с изотопом изготавливаются в Физико-энергетическом институте им. А. И. Лейпунского и гораздо дешевле импортных.

Но всего этого недостаточно. Прогнозируя рост спроса на диагностическую технику, «Росатом» заключил с Philips договор о размещении в РФ производств однофотонных эмиссионных компьютерных томографов и позитронно-эмиссионных томографов со степенью локализации не менее 51%.

Неудовлетворенный спрос

Еще тяжелее ситуация с доступностью радионуклидной терапии, которая показана сегодня 50–60% онкобольных, однако, по разным оценкам, потребности в ней не обеспечиваются и на 10%.

В радионуклидной терапии используются радиофармпрепараты, которые вводятся в организм и накапливаются в опухолях. Радиоактивное излучение фокусируется строго на пораженных тканях, повреждая ДНК злокачественных клеток, что ведет к их разрушению и дальнейшей утилизации.

Радиофармпрепараты используются не только в онкологии, но и для лечения целого спектра заболеваний. Радий-224 — для борьбы с кожным туберкулезом и облегчения болей в суставах. Фосфор-32 — при заболевании суставов. Йод-131 — для терапии диффузного токсического зоба… Но чаще всего — именно в онкологии, причем в ряде случаев это наиболее эффективный способ лечения. Сегодня в США 70% онкологических заболеваний лечится с помощью радионуклидной терапии и только 30% — хирургически. Для россиян такое лечение практически недоступно.

Десять лет назад «Росатом», Минздрав РФ и Федеральное медико-биологическое агентство на основе действующих ядерных производств планировали создать три национальных Центра ядерной медицины: в Томске (для жителей Сибири и Дальнего Востока), Димитровграде (регион покрытия — Урал) и Обнинске (для населения европейской части России). Их предполагалось оснастить не только радионуклидной диагностической техникой, но и передовыми средствами ядерной терапии (протонная терапия, «Кибер-нож» и «Гамма-нож», брахитерапия). Эти и другие проекты успешно воплощены в жизнь: в стране открылось уже несколько подобных центров.

С 2012 года Центр ядерной медицины в Казани ежегодно принимает 6 тыс. пациентов. В 2016 году начал работу Центр протонной терапии в Обнинске. Линейный ускоритель «Прометеус» для обнинского центра создан предприятием «Протом» (Протвино). В 2019 году Центр медицинской радиологии на 400 коек, обслуживающий 40 тыс. пациентов в год, открылся в Димитровграде. В ближайших планах — открытие Центра ядерной медицины при Дальневосточном федеральном университете во Владивостоке. Протонный центр ежегодно будет принимать 1,2 тыс. пациентов, а радиологический блок — до 20 тыс. человек.

В планах «Росатома» — создание сети центров ядерной медицины и центров радионуклидной терапии в России и за рубежом для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. На площадке НИИ технической физики и автоматизации создается пилотный ПЭТ-центр, в котором планируется использовать ПЭТ-сканеры отечественного производства. Но пока радионуклидная диагностика в стране развивается без участия «Росатома».

Еще в 2011 году «Роснано» стал развивать федеральную сеть современных медицинских центров, создав для этого портфельную компанию «ПЭТ-Технолоджи». Первый центр ядерной медицины, созданный в рамках государственно-частного партнерства и оснащенный ПЭТ/КТ для диагностики и аппаратом «Кибер-нож» для лечения опухолей, открылся в 2014 году в Уфе. Необходимые для ПЭТ/КТ-диагностики радиофармпрепараты «ПЭТ-Технолоджи» выпускает на своих производствах в Уфе и Ельце, оборудованных циклотронным комплексом, лабораторией синтеза радиофармпрепаратов, аппаратами дозирования и фасовки РФП, а также приборами контроля качества. За следующие несколько лет подобные центры появились и в ряде других российских регионах.

В 2018 году сеть «ПЭТ-Технолоджи» приобрела группа компаний «МедИнвестГрупп» и продолжила развивать проект. В 27 регионах страны уже установлено 35 ПЭТ/КТ-сканеров «МедИнвестГрупп» стоимостью 240–250 млн руб. каждый. Срок службы оборудования не превышает семь лет. Чтобы оно окупилось за пять-шесть лет, необходимо проводить 4 тыс. исследований в год. Региональные подразделения сети «ПЭТ-Технолоджи» оказывают услуги ПЭТ/КТ-диагностики как за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования (ОМС), так и на платной основе.

Федеральная сеть «ПЭТ-Технолоджи» сделала радионуклидную диагностику доступнее не только в столице, но и в регионах России, однако этого все еще недостаточно.

В 2019 году в центрах «ПЭТ-Технолоджи» было проведено 70 тыс. диагностических исследований. Но для такой страны, как Россия, это ничтожно мало. Только в Московской области в ПЭТ/КТ-диагностике ежегодно нуждаются 25–27 тыс. пациентов, однако два центра «ПЭТ-Технолоджи» (в Подольске и Балашихе) способны провести всего 13,6 тыс. исследований, включая коммерческие. Дефицит услуг остается, причем достигает 50% даже в наиболее благополучных регионах.

Частная инициатива

Огромный неудовлетворенный спрос на радионуклидную терапию вкупе с гарантиями государства не мог не привлечь частный бизнес, который охотно инвестирует в ядерную медицину. Перспективную нишу спешат занять крупнейшие представители медицинского бизнеса.

В 2017 году в Санкт-Петербурге открылся первый в России негосударственный Центр протонной терапии МИБС им. Сергея Березина. Пропускная способность центра — 800 пациентов в год.

В октябре текущего года ПЭТ-Центр ядерной медицины начал действовать в Томске. Инвестором выступил председатель правления санкт-петербургского протонного центра Аркадий Столпнер, вложивший в строительство и оснащение томского центра около 600 млн руб.

В начале 2021 года АО «Медицина» (Клиника академика Ройтберга) планирует открыть Институт ядерной медицины в Химках, в состав которого войдут диагностические и клинические подразделения: отделение радиотерапии, отделение радионуклидной терапии, отделение брахитерапии, отделение радионуклидной и лучевой диагностики, а также циклотронно-радиохимический комплекс.

К концу 2021 года в Ленинградской области появится первый в России Центр карбоновой (углеродной) терапии в составе Многопрофильного медицинского комплекса, созданием которого занимается группа клиник «Согаз Медицина» и АО «Номеко». Сегодня в мире насчитывается всего 13 таких центров, причем 6 из них — в Японии.

Но все это не решает проблему кардинально. И это хорошо понимают в Минздраве. По расчетам ведомства, чтобы удовлетворить потребности в ядерной терапии, необходим один ускоритель на 300 тыс. населения. По официальным данным, дефицит линейных ускорителей для радиотерапии составляет 268 аппаратов. В ближайшее время государство планирует закупить 80–90 ускорителей.

Полгода назад к этому проекту решила присоединиться группа компаний «МедИнвестГрупп» и поставить в российские регионы 100 современных аппаратов лучевой терапии. Проект «100 линейных ускорителей» оценивается в 37 млрд руб. Федеральная сеть клиник лучевой терапии будет работать под уже известным брэндом «ПЭТ-Технолоджи». Но даже в этом случае линейных ускорителей в стране будет меньше 200, а значит, дефицит медицинских услуг сохранится.

Стоимость одного ускорителя — более 350 млн руб., соответственно, и лечение будет недешевым. Цена курса протонной терапии — от нескольких сотен тысяч до нескольких миллионов рублей. К примеру, средний курс радиотерапии молочной железы (16 сеансов) будет стоить 170 тыс. руб. Однако ежегодно в России в радионуклидном лечении нуждаются около 1,5 тыс. детей, не говоря уже о сотнях тысяч взрослых. Без ОМС инвестиции не окупить. С 2020 года протонная терапия включена в программу высокотехнологичной медицинской помощи в рамках ОМС. В 2020 году на ее финансирование было направлено 5 млрд руб., в 2021-м планируется выделить еще 5,5 млрд руб. Благодаря этому протонную терапию смогут ежегодно получать 2 тыс. онкобольных. Будем надеяться, что это только начало.

Светлана Лебедева

ПРОРЫВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Переход на альфа-излучающие радионуклиды (альфа-эмиттеры) выведет ядерную медицину на новый уровень, считают специалисты.

Лечебные радионуклиды делятся на два типа: альфа- и бета-эмиттеры, испускающие, соответственно, альфа- и бета-частицы.

Наиболее перспективными альфа-излучающими изотопами считаются радий-223, актиний-225, торий-213. На основе этих радионуклидов в разных странах разрабатываются медицинские радиофармпрепараты. Однако долгое время никто не знал, как доставить альфа-эмиттеры к клеткам опухоли. Лишь недавно научились вводить изотоп радий-223 внутривенно для помощи пациентам при резистентном раке простаты с метастазами в костную ткань.

Бета-частицы (электроны и позитроны) — наши старые и надежные друзья. Они легче, чем альфа-частицы (ядра атома гелия — два протона и два нейтрона), поэтому лучше проникают в ткани, затрачивая на это меньше энергии. Сейчас бета-эмиттеры на коне. Они успешно используются ядерной медициной для борьбы с нейроэндокринными и другими опухолями. Но у них есть один существенный недостаток, которого лишены альфа-эмиттеры. Проникающая способность бета-частиц — 1–5 мм, тогда как альфа-частицы — 0,05–0,1 мм. Поэтому бета-частицы глубже проникают в ткани и органы человека. Альфа-частицы тяжелее, мощнее и разрушительнее бета-частиц. Они проходят меньшее расстояние, разрывая двойную цепь ДНК злокачественных клеток. Такие разрывы сложно «починить», поэтому клетка погибает.

Механизм действия препарата весьма оригинальный. Находясь в таблице Менделеева под кальцием, радий способен его замещать. Изотоп радия-223 вводится внутривенно и идет «на запах беды» — к месту повышенного костного метаболизма, вызванного массивным делением опухолевых клеток. Там он соединяется с кальцием, образуя сложный комплекс с минералами костной ткани, при этом происходит разрушение метастаза. Через полтора-два дня препарат естественным образом выводится из организма.

Радий-223 оказался первым альфа-эмиттером, повышающим показатель общей выживаемости пациентов с резистентным раком простаты с костными метастазами и уменьшающим болевой синдром. Сегодня этот прорывной радиофармпрепарат доступен в России в рамках программы ОМС.

Светлана Лебедева

ИНВЕСТИЦИИ В ИННОВАЦИИ

Заметным трендом современного рынка ядерной медицины стали инвестиции в инновации. Чтобы выжить в жесткой конкурентной борьбе, фармкомпаниям нужны новые эффективные лекарственные препараты. Поэтому крупные глобальные игроки инвестируют не только в своей стране, но и за ее пределами: сотрудничают с университетами и научными центрами, помогают развивать оригинальные идеи.

Акселератор идей

Один из таких игроков — немецкая компания Bayer. Три года назад она создала в России инновационный научно-исследовательский акселератор «КоЛаборатор», цель которого поддержка и развитие инноваций и обмен передовыми научными компетенциями. Участниками «КоЛаборатора» могут стать проекты со всей России по разработке новых лекарственных препаратов.

В «КоЛаборатор» входит целый ряд научных коллективов, включая НМИЦ имени Алмазова, НМИЦ АГП имени Кулакова, Факультет фундаментальной медицины МГУ, ФГБУ ФНКЦ физико-химической медицины ФМБА России, Иркутский институт химии им. А. Е. Фаворского, Институт молекулярной и клеточной биологии СО РАН (Новосибирск), Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, стартап «Гемофарм», стартап «Таргет Медикалс».

«Российские научные центры очень сильны в науке, а мы помогаем им двигаться в сторону социализации их идей,— объясняет медицинский директор, руководитель медицинского кластера стран СНГ компании Bayer Дмитрий Власов.— Зачастую наши ученые не знают, какая их идея может выстрелить на рынке. С нашей помощью они развивают не просто мысль, а ту мысль, которая придет на помощь пациентам».

«КоЛаборатор» стал площадкой для поддержки отечественных разработок, развития международного сотрудничества в области научных исследований. Например, компания «Таргет Медикалс» благодаря участию в «КоЛаборатор» получила консультацию ведущих международных экспертов в области медицинской химии, доклинических и клинических исследований, а также привлекла дополнительное финансирование из средств фонда «Сколково».

Bayer поддерживает и молодые стартапы. В рамках «КоЛаборатора» Bayer оказывает таким проектам помощь в виде грантов и консультаций. Чтобы идея не потерялась, необходимо понять, нужна ли она на рынке или это уже разработано либо признано неправильным и ненужным. Участие в «КоЛаборатор» помогает молодым дарованиям избежать поражений и разочарований в начале пути. «Они зачастую имеют блестящие идеи, но очень часто „свеча“ гаснет просто потому, что этим дарованиям нечего есть,— поясняет Дмитрий Власов.— Поддерживая инновации, мы не присваиваем права собственности на идею. Мы поддерживаем идею, а научные коллективы сами взращивают ее и защищают юридически. В нашем постиндустриальном обществе это не менее важно, чем построить завод и производить фармпрепараты».

Питомник для блокбастеров

Для того чтобы поддержать перспективные идеи, Bayer совместно с «Росатомом» и Фондом «Сколково» уже второй год проводит конкурс «Nuclear Medicine: лучший проект в области радионуклидной медицины». Цель конкурса — стимулировать научный поиск новых терапевтических радиофармпрепаратов. В 2020 году в полуфинал конкурса вышло 14 высококлассных проектов. По мнению экспертов, каждый из них обладает потенциалом для решения еще не реализованной задачи в сфере ядерной медицины и может стать блокбастером на фармрынке.

В финал конкурса вышли три участника: Байирта Егорова (Химический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова) с терапевтическим радиофармпрепаратом на основе альфа-эмиттера актиния-225, хелатора BATA и моноклонального антитела Nimotuzumab для лечения меланомы, глиомы, немелкоклеточного рака пищевода, легкого, молочной и предстательной желез, а также других злокачественных образований; Александр Фомин (Уральский государственный университет) с радиофармпрепаратом на основе бета-эмиттера лютеция-177 и пептидного комплекса BBR для радионуклидной терапии рака легких, груди, простаты и поджелудочной железы. (Пептидный комплекс BBR связывается с пептидами бомбезином и GRP, которые способны стимулировать рост опухолевых клеток.); Роман Холоденко (компания «Реал Таргет») с таргетными радиофармпрепаратами для диагностики и терапии GD2-позитивных опухолевых заболеваний: меланомы, глиомы, нейробластомы, мелкоклеточного рака легкого, различных сарком и ряда других опухолей. Усиленный лечебный эффект радиофармпрепатов обеспечивает синергетическое действие ионизирующего излучения альфа- и бета-эмиттеров и противоопухолевой активности GD2-связывающих молекул. В двух из трех представленных в финале проектов фигурирует альфа-эмиттер актиний-225. Bayer ведет активные разработки радиофармпрепаратов на основе альфа-эмиттеров.

Победителем конкурса стал Роман Холоденко («Реал Таргет»), который получит грант в размере €25 тыс. от компании Bayer. Генеральный директор «Русатом Хэлскеа» Александр Шибанов пообещал всем участникам конкурса поддержку во внедрении разработок в клиническую практику.

Светлана Лебедева

здравоохранение

«Для улучшения здоровья российских пациентов»

Кристоф Вебер, президент и главный исполнительный директор фармацевтической компании Takeda Pharmaceutical Company Ltd, уже больше четверти века служит делу спасения людей, работая в фармацевтической индустрии. Кристоф Вебер рассказал „Ъ“ о новых возможностях международного сотрудничества в области разработки терапии для людей по всему миру, появившихся в ходе борьбы мирового сообщества с коронавирусной инфекцией.

— инновации —



ФОТО ПРЕДОСТАВЛЕНО КОМПАНИЕЙ TAKEDA

● *Кристоф Вебер — президент и главный исполнительный директор фармацевтической компании Takeda Pharmaceutical Company Ltd. Работает в компании с апреля 2014 года. До «Такеды» 20 лет работал на руководящих должностях в GlaxoSmithKline. Живет в Токио с женой и двумя детьми.*

— Основные тренды на мировом фармацевтическом рынке в период пандемии COVID-19?

— Пандемия внесла коррективы во все современные тренды, такие как глобализация компаний в результате слияний и поглощений, ориентация на разработку инновационных препаратов и развитие новых направлений в медицине. С начала пандемии мы наблюдаем беспрецедентный рост сотрудничества между фармацевтическими компаниями как коллективный ответ на пандемию, а также активизацию исследовательской деятельности в поисках терапии от COVID-19.

В апреле 2020 года мы совместно с ведущими компаниями мира, специализирующимися на сборе плазмы крови, разработке, производстве и дистрибуции препаратов на основе плазмы крови, создали CoVIg-19 Plasma Alliance. Мы объединили наши усилия в поиске методов лечения COVID-19, а не пошли по пути проведения собственных исследований, так как здоровье пациентов и общества для нас является основным приоритетом. В прошлом месяце Plasma Alliance объявил о наборе пациентов в клиническое исследование, цель которого дать оценку безопасности и эффективности гипериммунного глобулина (H-Ig) для лечения пациентов с высоким риском осложнений после COVID-19. Исследование будет продолжаться несколько месяцев, и если оно будет успешным, мы начнем процедуру регистрации вакцины.

Помимо этого «Такеда» участвует в нескольких отраслевых консорциумах и выступила одним из инициаторов COVID R&D Alliance — объединения, в которое вошли более 20 ведущих исследовательских компаний. Цель альянса — ускорить разработку препаратов с большим потенциалом лечения COVID-19 и его симптомов. Мы приняли участие в нескольких глобальных исследовательских проектах с другими компаниями, а совсем недавно «Такеда» объявила о партнерстве с японской компанией «Новавакс» в области разработки, производства и коммерциализации вакцины-кандидата от COVID-19 (NVX CoV2373) в Японии. Мы также пожертвовали ¥2,5 млрд по всему миру на проведение профилактических мер и борьбы с пандемией.

— Ваша оценка финансового состояния «Такеды», как повлияла на него пандемия?

— Процесс трансформации компании начался в 2014 году, в результате чего позиции «Такеды» на мировом фармацевтическом рынке значительно выросли, и компания перешла из топ-20 в топ-10 мировых биофармацевтических компаний по объему выручки. Соответствующие показатели маржи операционной прибыли за это время выросли на 12 процентных пунктов и в среднесрочной перспективе станут сопоставимы с результатами лидеров отрасли.

У нас есть все основания полагать, что в текущем году пандемия не окажет существенного влияния на финансовые показатели компании «Такеда», и это продемонстрировали итоги первого полугодия. Недавно мы подтвердили свои планы на этот финансовый год и повысили прогнозы показателей движения денежных средств, заявленной операционной прибыли и отчетной прибыли за акцию, что отражает нашу уверенность в темпах роста компании.

Основным источником роста «Такеды» являются 14 глобальных брендов. В фокусе внимания компании — развитие пяти ключевых направлений: гастроэнтерология, редкие заболевания, препараты плазмы крови, онкология и неврология. На эти направления приходится 82% выручки компании, они обеспечили «Такеде» четырехпроцентный рост в первом полугодии 2020 года.

«Такеда» создала центр исследований и разработок мирового уровня, эффективно используя собственные исследовательские возможности, а также активно взаимодействуя с инновационными экосистемами по всему миру. Наш центр исследований занимается разработкой революционных лекарственных средств, в основе которых лежат последние достижения науки. В данный момент ведется разработка 12 препаратов с новой молекулярной основой, они представляют собой потенциально лучшие или первые в своем классе лекарственные средства. Вывод на рынок этих препаратов запланирован к 2024 финансовому году, и ожидается, что объем продаж новых препаратов на пике составит более $10 млрд. Семь из них будут поданы на регистрацию в течение следующих 12 месяцев: ТАК-721, ТАК-609, CoVIg-19, ТАК-003, мобокертиниб, певонедистат и марибавир.

Продажа непрофильных активов, которую мы осуществили в ряде стран, в том числе в России, позволила «Такеде» укрепить портфель препаратов в ключевых терапевтических областях и ускорила поставки инновационной терапии и революционных методов лечения пациентам. Начиная с января 2019 года мы превысили целевой показатель по продаже непрофильных активов на сумму более $11 млрд, что помогло нам ускорить сокращение заемных средств. Компания планирует использовать вырученные средства для сокращения задолженности и уменьшения доли заемных средств в рамках плана по достижению отношения чистого долга к скорректированному показателю EBITDA 2,0x с 2021 по 2023 год.

— Приобретение «Такедой» компании «Шайер» стало одной из крупнейших сделок на мировом фармацевтическом рынке за последние десять лет. Оправдан ли был риск и каковы итоги спустя год?

— Приобретение компании «Шайер» ускорило процесс трансформации, «Такеда» вошла в десятку крупнейших биофармацевтических компаний мира и добилась внушительных успехов. Мы работаем как единая команда: наш рост обусловлен развитием пяти направлений бизнеса и географическим присутствием, соответствующим возможностям глобального рынка и потребностям пациентов.

Создавая операционную модель для новой компании, мы придерживались принципов гибкости и упрощения процессов. Наша операционная модель дает возможность руководителям на местах принимать решения и действовать в интересах пациентов. Гибкая рабочая среда и большие полномочия на местах являются редкостью для компании со штатом сотрудников 50 тыс. человек.

Слияние с компанией «Шайер» и успешный процесс интеграции способствовали развитию научно-исследовательского направления, расширению портфеля продуктов и географического присутствия компании, что позволяет обеспечить нашими препаратами еще больше пациентов.

— Лечение орфанных заболеваний — тяжелое бремя для системы здравоохранения любой страны. Какие подходы использует «Такеда» в России и мире?

— «Такеда» является глобальной биофармацевтической, приверженной ценностям компанией с фокусом на научные разработки, для которой интересы пациентов имеют первостепенное значение. Мы занимаемся разработкой новых препаратов и стремимся помогать врачам удовлетворить потребности пациентов с такими заболеваниями, для которых на сегодняшний день существует мало вариантов лечения или не существует терапии вообще.

В 2016 году «Такеда» внедрила новый подход к повышению доступности медицинской помощи, он ориентирован на географические регионы и терапевтические области с высоким уровнем неудовлетворенных потребностей пациентов. Наш последовательный подход к улучшению доступа пациентов к препаратам для лечения комплексных и редких заболеваний направлен на укрепление и преобразование систем здравоохранения на каждом этапе взаимодействия врача и пациента: от информированности и диагностики до лечения и постоянной поддержки.

На данный момент мы реализовали программы повышения доступности медицинской помощи в 52 странах и регионах. Мы оказали поддержку 125 тыс. пациентов, предоставив им необходимое лечение, и помогли медицинским работникам провести обследования более 1,1 млн пациентов.

Укрепление позиций компании в области научно-исследовательской деятельности началось в 2016 году, когда была принята стратегия развития компании в области исследований и разработок для обеспечения устойчивого роста компании в долгосрочной перспективе. Были выделены ключевые терапевтические направления, в которых проводится разработка инновационных методов лечения и повышается эффективность исследовательской деятельности. Развитие этого направления укрепило имидж компании как надежного партнера, способного использовать последние достижения науки для создания высокоинновационных препаратов.

«Такеда» продолжает активную научную деятельность и ведет более 20 исследований, которые позволят расширить список показаний и регионов присутствия для 14 мировых брендов компании. Одновременно идет разработка 12 препаратов с уникальной молекулярной основой, они представляют собой лекарственные средства, потенциально лучшие или первые в своем классе, регистрация которых может быть завершена до 2024 года, и еще 9 исследований препаратов имеют высокий потенциал регистрации.

В 2019 году мы подписали 38 новых соглашений о совместной работе над проектами в области научных исследований и разработок с биотехнологическими и научными организациями в дополнение к 200 уже существующим партнерским соглашениям.

— Каковы дальнейшие планы «Такеды» по развитию бизнеса, в первую очередь в России?

— Развитие фармацевтической промышленности и увеличение производственных мощностей оказывают положительное влияние на повышение доступа пациентов к инновационной медицине. Поэтому «Такеда» активно наращивает производство своих препаратов в России.

С 2013 года мы производим часть продукции на своем заводе в Ярославле. К примеру, общий объем инвестиций в производство препарата для пациентов с множественной миеломой составил 590 млн руб., а созданные производственные мощности могут полностью удовлетворить потребность России и стран—участниц ЕАЭС в этом препарате.

Мы надеемся, что производимый на заводе в Ярославле препарат для пациентов с множественной миеломой будет включен в программу высокозатратных нозологий, что будет способствовать улучшению качества и увеличению продолжительности жизни пациентов.

Мы полностью поддерживаем пациентоориентированный подход к диагностике и лечению орфанных заболеваний, включая программы скрининга, расширение возможностей диагностики, образовательные программы для медицинских работников и пациентов, а также развитие государственных программ по обеспечению граждан льготной категории бесплатными лекарствами.

Если говорить о перспективах развития компании в России, то в ближайшие пять лет 12 из 14 мировых брендов «Такеды» будут доступны российским пациентам. На сегодняшний день мы проводим 30 международных исследований во всех ключевых направлениях деятельности компании с участием ведущих медицинских центров России. Мы также рассматриваем ряд проектов по переносу производства наших инновационных препаратов в Россию.

Наша приверженность России и ее пациентам остается неизменной, а наши инвестиции в Россию будут и дальше отражать ее ключевое значение для «Такеды». Наши последовательные усилия по повышению доступа пациентов к инновациям в России аналогичны нашему подходу в других странах присутствия «Такеды». Мы продолжим делать все, что в наших силах, для улучшения здоровья российских пациентов.

Записал Олег Трубецкой

ГЛОБАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД

Takeda Pharmaceutical Company Limited — глобальная биофармацевтическая, приверженная ценностям компания с фокусом на научные разработки. «Такеда» стремится заботиться о здоровье и будущем пациентов используя последние достижения науки для создания инновационных лекарственных средств. Компания была основана 12 июня 1781 года в г. Осака, а головной офис «Такеды» расположен в Токио, Япония. Компания представлена в 80 странах, штат сотрудников насчитывает 50 тыс. человек. Годовая выручка составляет около $33 млрд: 48% — США, 20% — Европа + Канада, 18% — Япония, 14% — растущие и развивающиеся рынки.

Охранная грамота

— администрирование —

На заседании консультативного совета по иностранным инвестициям в России 19 октября председатель правительства РФ Михаил Мишустин дал поручение разработать реестр охраняемых патентом фармакологически активных веществ. Этого решения, которое должно усилить защиту прав собственности на запатентованные лекарства, давно ждут представители фармкомпаний—разработчиков инновационных лекарств. И надеются, что поручение будет реализовано в полном объеме.

Кража по закону

В России в последние несколько лет, еще до окончания срока действия патента на оригинальные препараты, периодически появляются их незаконные копии (см. „Ъ-Здравоохранение“ от 15 октября 2019 года). Однако за три года из десяти фармкомпаний, обратившихся в суд за защитой интеллектуальной собственности, отстоять приоритет своих препаратов сумели единицы.

Почему такое стало возможным? Юристы объясняют это нестыковкой отечественных законодательных актов и отсутствием инструментов блокировки или отсрочки регистрации отпускных цен на дженерики до истечения срока действия патентов на оригинальные инновационные препараты.

Как известно, создание нового лекарственного препарата — процесс длительный и затратный. Его разработка занимает 10–20 лет и обходится в $2–5 млрд. Моральным стимулом к подобным вложениям является расширение терапевтических возможностей препарата. Материальным — закрепленное патентом право эксклюзивной реализации лекарств на рынке в течение срока патента.

После истечения сроков патентной защиты выпускать воспроизведенные препараты, дженерики, может любой фармпроизводитель, который способен это делать. Такие препараты не должны отличаться по составу от оригинальных (хотя не всегда так бывает), зато выгодно отличаются ценой, поскольку вся предварительная работа оплачена разработчиками.

Соблазн велик, и некоторые отечественные производители сумели найти в российском законодательстве лазейку для вывода на рынок дженериков еще в период действия патента на оригинальный и практически всегда дорогой лекарственный препарат.

Дело в том, что ни при регистрации, ни при госзакупках лекарственных препаратов Минздрав не проверяет их патентную чистоту. И производитель дженерика, предлагающий лекарство по более низкой цене, нередко становится победителем даже в том случае, если патент на оригинальный препарат не истек.

Поэтому компаниям—производителям оригинальных препаратов под действующей патентной защитой приходится отстаивать свои интересы в суде. Однако, даже если они прошли все судебные инстанции и решение было вынесено в их пользу, исполнение его не всегда оказывается возможным и уж точно не компенсирует в полной мере понесенных производителем оригинального препарата потерь.

В связи с чем Оксана Монж, генеральный директор фармацевтической компании Sanofi в странах Евразийского региона, председатель совета директоров Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIPM), убеждена, что нужны не только шаги по совершенствованию судебной практики, но и развитие правовых инструментов, которые могли бы предотвратить нарушения еще на этапе регистрации воспроизведенных лекарственных препаратов.

Пока суд да дело

Компания Sanofi ведет судебный спор по патенту на базальный инсулин. «Мы обеспокоены тем, что предметом патентного спора стал препарат, который отвечает всем критериям патентоспособности и защищен патентом более чем в 60 странах». Нигде в мире аналогичный патент не был аннулирован, отмечают в Sanofi.

На днях компания сообщила о подаче новой кассационной жалобы в президиум суда по интеллектуальным правам с требованием пересмотреть решение суда от 24 сентября 2020 года, поставившее под угрозу патент на базальный инсулин туджео.

Sanofi выступает третьим лицом в рассмотрении иска одной из частных компаний к Роспатенту по поводу отказа Роспатента признать патент на базальный инсулин туджео недействительным. 24 сентября Суд по интеллектуальным правам в первой инстанции не поддержал решение Роспатента.

Вопрос защиты прав на интеллектуальную собственность в части инновационных лекарственных препаратов остается нерешенным. Хотя это одно из главных условий развития инновационного, конкурентоспособного и инвестиционно привлекательного фармацевтического рынка.

«Все больше и больше нечистоплотных бизнесменов, которые не имеют порой ни одного квадратного сантиметра собственной производственной площади, преуспевают в выводе на рынок фактически контрафактных лекарственных препаратов. При этом не гнушаются заметать следы, после проигранных судов меняя названия продукта и компании—держателя регистрационного удостоверения, фактически демонстративно игнорируя необходимость исполнения судебных решений. А между тем кто-то же предоставляет им производственные площади, явно получая определенную выгоду для себя? Одновременно весьма странно, что различные уполномоченные органы молчаливо созерцают происходящее, тем самым создавая режим благоприятствования для производства контрафакта и интеллектуального рейдерства»,— отмечает Владимир Шипков, исполнительный директор AIPM.

Среди механизмов, которые могут стать решением проблемы, в отрасли называют Единый реестр защищенных патентом лекарственных препаратов, выдачу регистрационных удостоверений с отложенной датой, запрет на регистрацию цены дженерика без согласия правообладателя (на время действия патента), применение обеспечительных мер в судах.

Патентная опись

Начальник управления организации предоставления государственных услуг Роспатента Дмитрий Травников убежден, что «реестр обладающих фармакологической активностью действующих веществ, охраняемых патентом на изобретение, поможет снизить число нарушений патентных прав компаний—разработчиков лекарственных препаратов».

В реестр предполагается вносить сведения о действующем веществе и существующих патентных правах на него. Такой механизм, полагает Дмитрий Травников, позволит улучшить условия ведения предпринимательской деятельности в фармацевтическом секторе с учетом международной практики (Orange Book, Pat-INFORMED и т. п.).

Это будет способствовать предотвращению введения в гражданский оборот лекарственных препаратов до истечения срока действия патентов на входящие в их состав действующие вещества. Кроме того, содержащиеся в нем данные могут использоваться при принятии решения о государственной регистрации лекарственных препаратов и при государственных закупках. Если лекарственный препарат с нарушением патентных прав все же попал в оборот, с помощью реестра можно будет ускорить рассмотрение дела в суде. Поскольку ни судьи, ни представители Минздрава или госзаказчики, естественно, не обладают должной компетенцией в сфере патентоведения.

«Мы ожидаем, что внедрение единого реестра запатентованных фармакологически активных веществ создаст простой механизм принятия регуляторами решения для разрешения споров и будет способствовать стабилизации ситуации. Такого же внимания требует и сложившаяся судебная практика, особенно в части стимулирования более активного применения судами механизма обеспечительных мер, а также внедрения мер, препятствующих осуществлению закупок контрафактной продукции»,— добавляет Ирина Иванищева, директор по корпоративным связям и юридическим вопросам AstraZeneca в России и Евразии.

К контрафактной продукции юридически относится, в частности, и запрещенный к выводу в гражданский оборот (например, в результате удовлетворения иска компании Novartis) дженерик, который проигравшая суд компания стала выпускать под другим торговым наименованием. По словам президента группы компаний Novartis в России Натальи Колеровой, часть региональных минздравов, разобравшись в ситуации, отказались от заключения госконтракта с производителем такого дженерика.

Увы, в ряде областей оспорить контракты так и не удалось. Такие негативные примеры «ставят под сомнение систему защиты прав на интеллектуальную собственность как иностранных, так и российских компаний, и подрывают неоспоримость общепринятых правил и норм честной конкуренции в нашей стране», убеждена Наталья Колерова.

«Благодаря вовлеченности регуляторов вопрос создания реестра существенно продвинулся. Важным фактором эффективности реестра должно стать внесение законодательных изменений, связанных с регистрацией воспроизведенных лекарственных препаратов и их цены только после окончания срока патента на оригинальный препарат»,— говорит Ирина Лаврова, директор по коммуникациям АО «Байер».

В AIPM отмечают, что создание реестра и регулирование норм охраны прав интеллектуальной деятельности в отношении лекарственных препаратов необходимо как в рамках национального законодательства РФ, так и правовой системы ЕАЭС с учетом перехода на регистрацию лекарственных средств по правилам и требованиям общего рынка ЕАЭС с 1 января 2021 года.

Алена Жукова

здравоохранение

Табак против COVID-19

Одной из самых обсуждаемых медицинских новостей последних недель стала новость о том, что биотехнологическая компания Medicago объявила об успешных результатах первой фазы клинических испытаний своей вакцины от COVID-19, при производстве которой используются листья табака Nicotiana Benthamiana, близкого родственника табака обыкновенного. Уникальность ситуации в том, совладельцем и инвестором Medicago является табачная компания «Филип Моррис Интернэшнл» (ФМИ). Этот прорыв стал возможным благодаря тому, что с 2008 года ФМИ инвестировала более $7 млрд в научные исследования и разработки инновационных продуктов с целью создания для людей мира, свободного от сигаретного дыма.



В швейцарском научно-исследовательском центре The Cube («Куб») компании «Филип Моррис Интернэшнл» более 400 ученых и технических специалистов разрабатывают бездымные продукты будущего

ФОТО ПРЕДОСТАВЛЕНО «ФИЛИП МОРРИС ИНТЕРНЭШНЛ»

— инновации —

Бездымное будущее

Конечно, никто не спорит с тем, что лучше вообще не начинать курить или навсегда расстаться с этой привычкой, чтобы не вредить своему здоровью. Некоторые страны с тем или иным успехом борются с табакокурением: стратегии борьбы в основном сосредоточены на мерах регулирования спроса и предложения, а их цель — минимизировать количество новых курильщиков, снизить потребление табака и стимулировать отказ от курения. Действительно, за последние три десятилетия такие меры привели к снижению распространенности курения, но вряд ли они победят это явление полностью.

По оценкам, основанным на анализе демографических трендов, которые проводила ВОЗ, к 2025 году в мире будет около 1 млрд курильщиков — примерно столько же, сколько их сегодня. Поэтому ФМИ сосредоточила свои усилия на создании альтернативных продуктов с пониженным риском для тех курильщиков, которые не готовы отказаться от своей привычки. Это целый ассортимент бездымных продуктов для совершеннолетних курильщиков — полный переход на такую продукцию может быть гораздо менее вредным, чем продолжение курения сигарет.

Главной причиной болезней и риска преждевременной смерти, связанной с курением, являются так называемые смолы — вещества, которые выделяются в результате горения табака. При горении сигареты выделяется более 7 тыс. химических компонентов, среди которых монооксид углерода (угарный газ), бензапирен и другие вещества, из которых многие являются канцерогенами. При этом никотин, растительный алкалоид, хоть и не безвреден, но не является главной причиной заболеваний, связанных с курением.

Несколько лет назад компания «Филип Моррис Интернэшнл» вступила в эпоху трансформации и взяла на себя обязательства по созданию будущего без сигаретного дыма (smoke-free future) С 2008 года компания инвестировала более $7 млрд в разработку портфеля бездымных продуктов и создала собственный научно-исследовательский центр The Cube («Куб») в г. Невшатель, Швейцария, где трудятся более 400 ученых и технических специалистов.

Программа исследований основывается на сотрудничестве и экспертизе в области химии, биологии, физики, информатики и медицины. Ученые в «Кубе» занимаются широким спектром научных проблем. Среди них: оценка краткосрочных и долгосрочных рисков для здоровья потребителей никотина, сравнение сигаретного дыма и аэрозоля бездымных продуктов, изучение генома табака и механизмов выработки им никотина.

Занимаются здесь и значимыми для науки и медицины вопросами, на первый взгляд никак не связанными с никотином, табаком и курением. Например, созданием алгоритмов машинного обучения для диагностики воспалительных заболеваний кишечника и для прогнозирования развития сложных болезней. (Машинное обучение — методы искусственного интеллекта, в основе которых не прямое решение задачи, а обучение в процессе применения решений множества сходных задач.)

В ходе работы одной из научных групп было установлено, какие взаимодействия между ферментами регулируют водородный метаболизм у кишечной палочки при различных показателях кислотности среды, в другой лаборатории изучили влияние органических кислот на выживание бактерий. Еще одна группа создала газовый сенсор на основе оксида цинка для миниатюрных лабораторий на чипе (аналитических систем) — это изобретение уже сейчас может найти широкое применение.



ФОТО ПРЕДОСТАВЛЕНО «ФИЛИП МОРРИС ИНТЕРНЭШНЛ»

Мойра Гилкрист

В «Кубе» работает международная команда талантливых специалистов, среди которых и наши соотечественники, российские ученые.

Важно, что вся программа научной оценки бездымных продуктов ФМИ основана на лучших практиках фармацевтической отрасли, которые используются в разработке новых лекарственных препаратов, и соответствует руководящим принципам, опубликованным Центром табачных продуктов Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) в 2012 году.

Минимизировать риски

После четырех лет экспертизы обширного научного досье ФМИ (более 2 млн страниц с результатами исследований воздействия электронных систем нагревания табака на здоровье) FDA разрешило ФМИ продажу в США системы нагревания табака IQOS как продукта со сниженным воздействием вредных веществ на организм потребителя. Один из выводов по итогам оценки досье в подтверждение собственных выводов компании: бездымный продукт содержит значительно меньше вредных и потенциально вредных веществ по сравнению с сигаретами.

В некоторых странах регуляторы не делают различий между обычными и инновационными видами никотинсодержащей продукции. В других, наоборот, ужесточают требования к продуктам с пониженным риском, что делает сигареты более доступными. В Таиланде и Аргентине такая продукция регулируется жестче, чем сигареты, вплоть до полного запрета. А в Великобритании и Японии, наоборот, законодательство основывается на научных данных и в целом поощряет переход курильщиков на бездымные продукты. Например, в Японии, где запрещено курить на улицах, отменены ограничения на использование электронных систем нагревания табака в общественных местах (на улицах и в парках), что становится дополнительным стимулом для курильщиков отказаться от традиционных сигарет.

«Нужно побуждать людей всеми возможными способами отказываться от продуктов, в которых присутствует процесс горения. Если треть взрослых курильщиков перейдет на бездымные продукты, то это станет переломным моментом, после которого можно будет сказать, что эра табачного дыма закончилась,— утверждает доктор фармацевтических наук и вице-президент по научным и стратегическим коммуникациям PMI Мойра Гилкрист.— На табачном рынке возможны инновации. Рынок будет развиваться в этом направлении. Очень важно четко доносить информацию о вреде курения, но также важно говорить о том, что альтернативы с пониженным риском не безвредны полностью. Наша цель — предложить менее вредную альтернативу совершеннолетним курильщикам, которые не отказываются от потребления никотина или табака. Мы всегда говорим открыто, что наши бездымные продукты не исключают рисков для здоровья и содержат никотин, вызывающий зависимость. Самое сложное — менять мнение людей о табачной индустрии, которое складывалось годами. Поэтому для нас важно показать, что мы трансформировались и стремимся минимизировать риски, связанные с потреблением табака и никотинсодержащих продуктов».

Отказ от сигарет необратим

Человечество рано или поздно полностью откажется от сигарет — к такому мнению пришли участники Global Nicotine and Tobacco Forum, который проходил на онлайн-платформе летом текущего года, и даже назвали конкретный ориентир: эра сигарет закончится, когда треть курильщиков перейдут на бездымные продукты.

По прогнозу Euromonitor International, к 2023 году мировой рынок альтернативных бездымных продуктов вырастет в четыре раза. Этому будут содействовать два фактора: ужесточение регулирования и стремление потребителей снизить вред здоровью.

По мнению аналитика табачного рынка из Вашингтона (США), сооснователя аналитической компании Sandhill Strategy Стефани Миллер, в мировом сообществе постепенно складывается консенсус в отношении различий между сигаретами и никотинсодержащими продуктами. Она полагает, что через десять лет изменения в структуре потребления табачной продукции станут необратимыми и необходимость отказа от сигарет в пользу бездымных продуктов станет общепризнанной.

В России рынок бездымных никотинсодержащих продуктов демонстрирует двукратные годовые темпы роста с 2013 года. По темпам перехода на нагреваемые устройства российский потребитель даже опережает общемировую тенденцию (рост с 2013 по 2017 год составил 400%, тогда как среднемировое значение — 350%). В принципе сокращение потребления сигарет в России наблюдается с 2008 года. Причем снижается как число курильщиков, так и количество ежедневно выкуриваемых сигарет. Одновременно растет число тех, кто переходит на бездымные продукты. Ситуацию в России анализирует Дмитрий Улупов, управляющий по научно-исследовательским вопросам аффилированных компаний «Филип Моррис Интернэшнл» региона Восточная Европа: «Динамика переключения совершеннолетних курильщиков в России на систему нагревания табака очень хорошая. Важно отметить, что, согласно результатам исследований Всероссийского центра изучения общественного мнения, подавляющее большинство курильщиков в России начинали потреблять никотин именно с сигарет или других табачных изделий, а не с новых альтернативных продуктов, таких как система нагревания табака или электронные сигареты».

По данным Nielsen — крупнейшего мирового аналитика сектора товаров повседневного спроса, в первом полугодии 2020 года продажи стиков для устройств нагревания табака выросли почти на 200% по сравнению с прошлым годом. Сегодня доля табачного рынка, занятая табачными стиками, уже составляет 5% от всего объема. Если прогнозы роста потребления оправдаются, к 2023 году 20% российских курильщиков откажутся от сигарет в пользу бездымных продуктов.

Эта тенденция отражена в долгосрочных планах производителей табачных изделий. Доктор Мойра Гилкрист отмечает, что в стратегии компании запланировано полное переключение курильщиков на бездымные продукты.

Исследования не прекращаются

С 2011 года работает еще один проект научно-исследовательского подразделения ФМИ — sbv IMPROVER, краудсорсинг-платформа для анализа больших данных в системной биологии. Исследователям это помогает оценить свои научные разработки, а компании — выбрать наиболее перспективные исследования.



ФОТО ПРЕДОСТАВЛЕНО «ФИЛИП МОРРИС ИНТЕРНЭШНЛ»

Дмитрий Улупов

«ФМИ сопровождает процесс разработки инновационных продуктов большим количеством исследований, которые компания старается сделать прозрачными для научного сообщества,— рассказывает научный сотрудник ФМИ Лусине Хачатрян.— Сначала была создана онлайн-платформа INTERVALS — открытая платформа для анализа данных. Ученые видят все исходные данные и могут их оценить. На платформе sbv IMPROVER проводится независимая проверка гипотез, она используется как дополнительная система экспертной оценки».

В исследованиях применяется двойной слепой подход. Система оценки определена заранее и всем доступна. Контроль осуществляет независимая экспертная группа профессоров ведущих мировых университетов.

В одном из недавних экспериментов— соревнований по разработке решений для диагностики воспалительных заболеваний кишечника участники должны были, используя только метагеномные данные (метагеномика — раздел молекулярной генетики, в котором изучается генетический материал, полученный из образцов окружающей среды), полученные из образцов стула пациентов, определить образцы больных людей при помощи технологий машинного обучения. Участники не знали диагнозов людей, они сами предсказывали их с помощью своих моделей. Условием победы было точное предсказание диагноза по 104 образцам.

Соревнование завершилось победой российской команды. Молодые ученые из Университета ИТМО Артем Иванов и Владимир Ульянцев стали победителями сразу в двух номинациях. По словам ученых, они уже более семи лет разрабатывают алгоритмы для анализа метагеномных данных в университетской лаборатории «Компьютерные технологии».

«Участвовало несколько стартапов, но их всех обошла команда ИТМО. Принимала участие даже серьезная компания, которая работает на рынке машинного обучения, но результат российской команды оказался лучше»,— комментирует Лусине Хачатрян.

Российская команда стала единственной победившей сразу в двух этапах соревнования: в первом победу вместе с россиянами разделили молодые ученые из Медицинского университета Джорджтауна (США) и Института высокопроизводительных систем Италии, во втором этапе также победили представители Университета Люксембурга и Падуанского университета (Италия).

На платформе sbv IMPROVER за время работы проведено уже 12 научных соревнований, 25 статей было опубликовано в ведущих мировых журналах, еще 5 статей находятся в процессе подготовки.

Для участников регулярно проводятся симпозиумы: молекулярная, клеточная и системная биология — это активно развивающиеся дисциплины на стыке биологии, химии, физики и математики, они анализируют сложные биологические системы и помогают глубже понять механизмы функционирования живых организмов.

Молодым и перспективным

Говоря о развитии научного потенциала в России, стоит отметить стипендиальную программу, которую проводит «Сколтех» при поддержке ФМИ — она существует уже пять лет и предназначена для поддержки молодых ученых, которые ведут научную работу в области системной, клеточной и молекулярной биологии.

Грант рассчитан на три года, ежегодный размер финансовой поддержки составляет не менее 600 тыс. руб. Полученные средства ученые могут расходовать по своему усмотрению: на участие в международных научных конференциях, поездки в партнерские лаборатории, реактивы и публикации в научных журналах. Отбор стипендиатов программы проходит на конкурсной основе. С каждым годом программа пользуется все большим интересом у молодых ученых.

Основным критерием успешности заявок на участие в стипендиальной программе являются публикации в рецензируемых научных журналах и доклады на международных конференциях. С момента запуска программы в 2016 году гранты получили уже 20 ученых.

По словам профессора Мануэля Пайча, старшего должностного лица по научно-исследовательской работе компании ФМИ, «поддержка развития науки и высшего образования — один из ключевых принципов корпоративной социальной ответственности нашей компании во всем мире, и в частности в России».

«Мы рады внести свой вклад в развитие российской науки, оказывая поддержку молодым российским ученым. Известно, что российская наука — одна из сильнейших в мире: в стране работают сотни научно-исследовательских организаций, а российские ученые ежегодно становятся авторами множества научных публикаций. Потенциал российской науки действительно впечатляет. И здесь наши усилия важны для того, чтобы российские ученые имели возможность продолжать заниматься наукой высочайшего уровня»,— отмечает господин Пайч.

В борьбе с коронавирусом

Больше десяти лет назад «Филип Моррис Интернэшнл» инвестировала в биотехнологическую компанию Medicago более $15 млн. На сегодня ФМИ владеет компанией Medicago совместно с Mitsubishi Tanabe Pharma.

В конце октября Medicago объявила об успешных результатах первой фазы испытаний своей вакцины-кандидата от COVID-19. Вакцина Medicago создана на основе вирусоподобных частиц коронавируса с добавлением адъюванта (соединения веществ для усиления иммунного ответа при введении одновременно с иммуногеном).

Для наработки вакцины, то есть получения S-белка SARS-CoV-2, на который и реагирует иммунитет, в компании используют листья табака Nicotiana Benthamiana, близкого родственника табака обыкновенного. По мнению исследователей, такой подход окажется более эффективным, чем традиционное использование куриных яиц как фабрик для выработки целевого продукта. С помощью методов генетической инженерии части генома вируса, которые кодируют этот белок, вводят в почвенные бактерии, затем те проникают в растения и вынуждают их производить нужное вещество.

У 95% участников исследований, получивших адъювантную вакцину-кандидата, выработалось значительное количество антител, что говорит о наличии устойчивого иммунного ответа организма после введения двух доз вакцины. Сообщений о серьезных побочных действиях не поступало, а реактогенность вакцины (свойство вызывать какие-либо побочные эффекты) была от легкой до умеренной и непродолжительной.

Елена Федотова

здравоохранение

Зона дискриминации

Подведены итоги исследования, проведенного среди пациентов с вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом (ВПРС) — тяжелой формой рассеянного склероза, в котором приняли участие пациенты и врачи из 15 российских регионов. Всего, по данным ФГБНУ «Научный центр неврологии», в России проживают более 150 тыс. пациентов с рассеянным склерозом, из них с ВПРС — около 80 тыс. человек. Впервые получено комплексное представление о состоянии здоровья, об условиях жизни и о лекарственной терапии этих пациентов. Однако выводы неутешительны: большинство из них не имеют в полной мере доступа ни к лечению, ни к реабилитации.



КИРИЛЛ КУКМАРЬ / ТАСС

Большинство больных с вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом не имеют доступа ни к лечению, ни к реабилитации

— прорыв —

Трудности передвижения

В России завершено уникальное медико-социальное исследование качества жизни российских пациентов с диагнозом «вторично-прогрессирующий рассеянный склероз» — наиболее тяжелым аутоиммунным заболеванием нервной системы.

«ВПРС — один из вариантов течения рассеянного склероза. Этот тип течения наступает после стадии ремиттирующего течения и характеризуется неуклонным прогрессированием тяжести состояния пациентов — вначале с обострениями, а затем без них. ВПРС развивается не сразу, а через пять-десять лет после постановки первичного диагноза. И если сначала заболевание прогрессирует медленно — периоды обострений сменяются отсутствием симптомов, то при ВПРС ремиссий уже нет. Ситуация осложняется тем, что именно для этого типа заболевания сейчас нет адекватной терапии, поэтому в большинстве случаев без лечения к 40–50 годам эти пациенты уже глубокие инвалиды»,— рассказал соавтор исследования врач-невролог Алексей Бойко.

В социологическом исследовании, которое представила на Всероссийском конгрессе пациентов Общероссийская общественная организация инвалидов, больных рассеянным склерозом (ОООИБРС), приняли участие 500 пациентов с ВПРС из 15 регионов России и 51 врач-невролог со специализацией на этом заболевании. Исследование проводилось при поддержке центра гуманитарных технологий и исследований «Социальная Механика». Выводы, к которым пришли авторы исследования, неутешительны: большинство пациентов не имеют в полной мере доступа ни к лечению ВПРС, ни к реабилитации.

«Исследование проводилось в течение этого года. В рамках исследования нам было важно изучить текущее состояние здоровья и условия жизни пациентов с ВПРС и дать оценку эффективности терапии, поскольку на сегодняшний день эта группа людей лечения как такового не получает. Если мы не представляем себе, кто эти люди и как они живут, нам трудно добиваться для них улучшения качества медицинской и социальной помощи. Но теперь у нас есть данные для этой работы»,— рассказал президент ОООИБРС Ян Власов.

ВПРС (как и другими типами рассеянного склероза) чаще страдают женщины. Поскольку этот тип заболевания развивается через пять-десять лет после начала болезни, то средний возраст пациентов преимущественно от 40 лет (73% опрошенных). У многих есть высшее и незаконченное высшее образование (52,7%) или среднее специальное (35,6%), и до болезни они работали в том числе на руководящих должностях. Однако из-за ограничений здоровья (92% сегодня имеют инвалидность) работать не могут 71,6% опрошенных. При этом у многих пациентов есть семьи и несовершеннолетние дети. И стоит отметить, что тяжелое течение болезни нередко является причиной разводов.

Трудности в передвижении вне дома и по дому, нарушение равновесия и походки, сложности в занятии домашними делами, быстрая утомляемость и недостаток энергии — симптомы, которые отмечают более чем 55% опрошенных. К ним прибавляются чуть более редкие: трудности с концентрацией, нарушение мочеиспускания и работы кишечника, головокружение, проблемы с памятью и снижение зрения.

«Это очень тяжелая ситуация, ведь человек постепенно и неуклонно теряет жизненные функции, становится все более беспомощным, и без лечения и реабилитации этот процесс остановить невозможно»,— говорит Ян Власов.

Не бояться диагноза ВПРС

По словам экспертов, диагноза ВПРС боятся не только сами пациенты, но и в какой-то степени врачи. Дело в том, что долгое время для этого типа заболевания не существовало точечной эффективной терапии, в отличие от других типов рассеянного склероза, где у врачей была возможность замедлить прогрессию или хотя бы улучшить состояние пациента.

«ВПРС — это тяжелый вариант развития РС, при котором наши лечебные возможности пока ограничены. Если на ранних этапах при ремиттирующем течении РС разрешено к использованию и внедряются уже 15 препаратов, изменяющих течение заболевания (ПИТРС), то на более поздних и тяжелых стадиях при ВПРС терапевтический выбор ограничен… Важно отметить, что многие препараты, которые очень хорошо себя зарекомендовали при ремиттирующем течении, на более позднем этапе ВПРС не работают. Неврологи продолжают их назначать, а пациенты продолжают использовать в надежде на улучшение их состояния. Но это нерационально и клинически не обосновано, так как позитивных эффектов не наблюдается, только накапливаются риски нежелательных побочных явлений. То есть в реальности эти препараты не помогают пациентам с ВПРС, но на их закупку расходуются большие средства»,— объясняет Алексей Бойко.

Но есть и надежда на изменение положения пациентов с ВПРС, о которой говорит Алексей Бойко: «Лечение ВПРС в РФ, как и во всем мире, строится на адекватном подборе патогенетического и симптоматического лечения, реабилитации. Эффективность иммуномодулирующего и иммуносупрессивного лечения препаратами, изменяющими течение РС, при ВПРС ниже, чем на более ранних стадиях ремиттирующего течения РС, но исследования продолжаются. Есть два препарата для патогенетического лечения ВПРС с обострениями, появились первые препараты, которые могут помогать пациентам и при ВПРС без обострений, наиболее тяжелом варианте течения РС. Сейчас при ВПРС планируется клиническое исследование еще трех новых препаратов. Так что перспектива расширения наших возможностей есть».

Это значит, что нужно менять отношение и врачей, и самих пациентов к ВПРС. Перестать бояться и избегать его диагностики. А, напротив, стараться заметить ухудшение состояния как можно раньше, чтобы заменить терапию, назначить реабилитацию и не допустить необратимых ухудшений. То есть уже сейчас при правильном подборе современной терапии и своевременной реабилитации можно значительно улучшить состояние пациентов с ВПРС.

Лист ожидания

Если пациенты с момента постановки диагноза рассеянного склероза (у 90% — ремиттирующий рассеянный склероз) сразу начинают получать правильно подобранную терапию препаратами, группу которых обозначают ПИТРС, то вероятность перехода к стадии ВПРС значительно ниже, а период этого перехода будет дольше.

Главное — индивидуальный подбор терапии, персонализированный подход на всех стадиях и типах течения рассеянного склероза.

Препараты из группы ПИТРС за счет государства уже получают порядка 60 тыс. пациентов с РС, расширяются возможности терапии первично-прогрессирующего РС (ППРС), РС у детей и подростков. Практически все используемые в мире препараты есть и в РФ.

«Доступность лекарств — другой вопрос. Иногда есть листы ожидания, но пациент ждет нужный препарат на протяжении месяцев и иногда даже целые годы. Но при таком варианте течения, как высокоактивный рассеянный склероз (ВАРС), необходимо срочно начинать эффективную терапию. Надо совершенствовать систему обеспечения препаратами больных с ВАРС, так как при существующей схеме пациент может потерять много времени, что приведет к ухудшению его состояния, а восстановить функции намного труднее, чем предупредить эти нарушения»,— говорит Алексей Бойко.

С ним соглашается Ян Власов: «К сожалению, сейчас у нас в стране депрессивный период в плане обеспечения лекарствами наших граждан. Препараты для пациентов с ВПРС становятся все менее доступными».

Адекватная реабилитация

О важности системы реабилитации, и, к сожалению, о фактическом ее отсутствии говорят все специалисты.

«Мы сейчас в Федеральном центре мозга и нейротехнологий ФМБА начали активно заниматься темой реабилитации. Важно отметить, что реабилитационные программы, которые используются при восстановлении функций после инсульта или травмы головы и которые нередко назначают при РС, не всегда помогают этим пациентам, а иногда могут навредить. Нужны специальные методологии на основе тщательной оценки реабилитационного потенциала, комплексный подход с учетом особенностей комбинации функциональных нарушений при РС. На практике мы часто наблюдаем ситуацию, когда пациент прошел курс реабилитации в каком-либо частном центре, а состояние стало, к сожалению, хуже. При ВПРС адекватная реабилитация — один из наиболее важных компонентов комплексного лечения»,— говорит Алексей Бойко.

По мнению Яна Власова, система реабилитации пациентов с ВПРС у нас в стране недостаточно развита. Нет узаконенной государством единой концепции системы реабилитации больного с ВПРС. И хотя затраты на реабилитацию по закону возложены на ОМС, систему реабилитации больных с таким диагнозом надо создавать с нуля.

Изменить ситуацию может только планомерная работа по выстраиванию системы помощи пациентам с рассеянным склерозом. «Нужна сеть центров лечения РС в регионах. И это не простые неврологические отделения или кабинеты, а специальные подразделения, где работает мультидисциплинарная бригада. Во всем мире сейчас ведется работа по созданию таких центров. Так как лечение РС усложняется, назначаются новые, сильные препараты, и необходим тщательный контроль специализированной службы за проведением такого курса лечения».

По словам авторов исследования, именно такой помощи для пациентов они намерены добиваться.

Мария Домбровская, Константин Анохин

БЕЗ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТЬ В ТЕЧЕНИЕ ДЕСЯТИ ЛЕТ

Рассеянный склероз — аутоиммунное заболевание нервной системы. Из-за сбоя собственный иммунитет начинает атаковать нервные клетки, расположенные в спинном и головном мозге. В результате повреждается миелиновая оболочка клеток, на ее месте образуются так называемые склеротические бляшки, которые мешают прохождению нервных импульсов. Это приводит к тому, что мозг не может эффективно управлять телом. По мере прогрессирования заболевания пациенты теряют все больше функций: снижаются зрение, способность двигаться, нарушается работа мочеполовой системы и т .д.

При этом болезнь не имеет отношения к старческому нарушению памяти, как думают многие. Она поражает молодых людей в возрасте 20–40 лет. В зависимости от типа рассеянного склероза динамика прогрессирования заболевания может быть разной.

Ремиттирующий рассеянный склероз (РРС) — самый распространенный тип аутоиммунного заболевания нервной системы. Болезнь развивается постепенно, резкие ухудшения можно компенсировать с помощью лечения, во время ремиссий болезнь не прогрессирует.

Первично-прогрессирующий рассеянный склероз — редкий тип заболевания, при котором болезнь развивается быстро, без периодов ремиссии. Без лечения инвалидизация наступает в течение десяти лет.

Вторично-прогрессирующий рассеянный склероз — наиболее тяжелая форма рассеянного склероза. В мире на 2,8 млн больных РС 1 млн имеет ВПРС. В эту форму переходит половина случаев РРС. Развивается через пять-десять лет после начала болезни. Периоды ремиссии пропадают, и ухудшение становится постоянным. Это единственный вид рассеянного склероза, для которого в России пока нет лечения, замедляющего развитие болезни.

Мария Домбровская

«Невероятная усталость и в то же время эмоциональный подъем»

— экспертиза —

с13

— Те, кто столкнулся с лечебным процессом в пандемию в регионах, говорят о том, что Москва лучше обеспечена ресурсами: материальными, человеческими, здесь лучше организована сама система оказания помощи.

— Хорошее финансирование, безусловно, важно, но далеко не все упирается в финансы. Например, оснащение реанимаций требует денег, а эффективные решения в управлении и организации работ — нет. Они больше зависят от желания думать и что-то менять. И, как это ни странно прозвучит, та бедность, в которой мы когда-то жили, оказалась одной из причин того, что сейчас российская медицина показывает себя на голову выше остальных. Интеллект наших медиков при недостатке в прошлом материально-технической базы и отсутствии тех средств, которые были у западных коллег, заставлял все время находиться в поиске. То, что мы придумывали, сейчас используется во всем мире.

Клиническое мышление, которое позволяет врачу поставить правильный диагноз даже без исследований, только на основе осмотра и беседы с человеком, всегда развивалось в России лучше. И это дает нам возможность находить решения сейчас, когда готовых рецептов просто нет.

Искать их надо всегда, даже если под рукой нет кислородной койки и чего-то еще. В медицине много решений, которые нигде не прописаны, без свободы выбора и творческого подхода наша профессия была бы в принципе невозможна. Множество людей и в России, и за рубежом были спасены только потому, что врачи начали применять препараты офф лейбл (не по прямому

MOSGORZDRAV.RU

Марьяна Лысенко, главный врач московской городской клинической больницы №52

названию, не по инструкции). А где-то это было нельзя, и там не спасли.

Развитие медицинской науки требует значительных средств. Но опыт многих стран показывает, что прямой корреляции между растущими вливаниями в здравоохранение и качеством оказания медицинской помощи нет. Мы видим, что сейчас происходит в США, стране, где затраты не медицину одни из самых высоких в мире. Лучше получить помощь, пусть не в самой совершенной больнице, чем умереть рядом с самой лучшей, не имея страховки.

К тому же Москва очень активно делится своими наработками — как медицинскими, так и организационными. В еженедельных вебинарах по практическим алгоритмам лечения COVID-19, которые проводят наши врачи, приняли участие более 10 тыс. специалистов из разных регионов России.

— С начала пандемии у вас был опыт работы в регионах. В частности, в Забайкальском крае. Расскажите, пожалуйста, об этом опыте, ваших впечатлениях, региональных коллегах.

— Обмен опытом и помощь в медицинском сообществе — распространенная и важная практика. К нам в больницу приезжали врачи, которые работали и в китайском Ухане.

В России многие регионы столкнулись с пандемией тогда, когда мы уже накопили достаточно большой опыт — как клинический, так и организационный. В июне сотрудники ГКБ №52 отправилась в Забайкалье, работали в Чите и в поселке Борзя. Проблемы часто кроются в мелочах — мы через это прошли и помогали коллегам организовать логистику и сортировку пациентов. Кстати, возвращаясь к вышесказанному, медицинскую сортировку (триаж), позволяющую распределить больных по степени тяжести и в первую очередь оказывать помощь тем, кто больше в ней нуждается, придумали вовсе не американцы и французы, как часто думают, а Пирогов.

У нас остались самые теплые воспоминания о забайкальских коллегах, и мы продолжаем сотрудничество. Это великолепные люди, преданные своей профессии, они несут традиции и идеологию, которые всегда были свойственны русским земским врачам. И живут совсем в другом мире, чем привыкли мы, в больших городах с множеством современных клиник. До населенных пунктов, к пациентам иногда можно добраться только санитарной авиацией. И они тоже все время ищут и находят решения. Мозги и желание могут много чего переломить, позволяют много что сделать даже в ситуации нехватки ресурсов.

— Вы говорили про важность биопсихосоциальной модели в медицине, о том, что пациент должен находиться в центре лечебного процесса. Возможно ли этого достичь в масштабах всей отечественной системы здравоохранения? При каких условиях?

— Пандемия высветила глобальные проблемы здравоохранения как системы, и это касается всех стран. Возможно, благодаря несчастью они будут хотя бы отчасти решены.

Пациентоориентированность — то, к чему нас приводит сама жизнь. Может быть, помогает специфика наших сложных пациентов. Успех лечения здесь невозможен без эффективного взаимодействия с больным человеком, с его родственниками. Лечение — это тяжелый труд, и самый тяжелый — для пациента, это важно понимать.

Если нет взаимодействия и обратной связи, самые правильные идеи могут быть плохо воплощены. Я всем рекомендовала бы привлекать волонтеров — благодаря людям, которые пришли в нашу систему со стороны, которые видят в больном прежде всего человека, мы можем лучше увидеть себя и свои проблемы и уже многое начинаем менять.

Думаю, что мы на пути к доверию, открытости, взаимодействию, хотя он может быть и небыстрым. Но стереотипы живут долго. Сейчас медицинские учреждения открыты, открыты для посещений реанимации. Но не в режиме инфекционного госпиталя — и мы осознаем, какие неудобства это создает людям. Волонтеры многие проблемы достаточно успешно решают, помогая осуществлять столь важную и для больных, и для их близких коммуникативную функцию. Это особенно важно для тяжелых пациентов, тех, кто находится в реанимациях, пожилых людей. В обычных отделениях проще — у них есть мобильная связь. Мы организовали горячую линию, по которой (пусть иногда и не с первого раза, за что мы просим нас простить) всегда можно дозвониться и узнать о состоянии человека. В определенные часы можно поговорить с врачами. Все это потребовало принятия организационных решений, потому что в обычном режиме все осуществляется гораздо проще. Я очень довольна тем, что предварительные результаты исследования показали: ни у пациентов, ни у родственников нет серьезных проблем с коммуникацией… Сейчас мы рассматриваем вопрос, чтобы родственники, желающие ухаживать за своими близкими в тяжелом состоянии, при условии соблюдения всех мер безопасности могли иметь такую возможность.

Впрочем, речь идет о системной проблеме, которую унаследовало наше здравоохранение. Занятые чисто медицинскими вопросами, мы зачастую забываем о человеческих проблемах наших пациентов, а смена мышления — процесс небыстрый. Волонтеры нас этому учат, и именно поэтому мы хотим, чтобы волонтерская служба в ГКБ №52 функционировала на постоянной основе. Когда исследование будет завершено, мы опишем этот опыт, аспекты, которые принципиально важны для организации эффективной волонтерской службы. Это требует усилий со стороны лечебного учреждения и того самого желания что-то менять, о котором я уже говорила. Но дело того стоит.

Записали Анна Пореченская, Владислав Дорофеев

Review

materia medica*

«Медицинское сообщество бьет тревогу из-за необоснованного использования антибиотиков»

О том, как отличить обычную пневмонию от ковидной, как правильно восстанавливаться после перенесенной коронавирусной инфекции и стоит ли игнорировать риски возникновения других вирусных заболеваний, в интервью „Ъ“ рассказала доктор медицинских наук, профессор кафедры пульмонологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования **Оксана Фесенко**.

— выписка —



ФОТО ПРЕДОСТАВЛЕНО РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИЕЙ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Алгоритм лечения

— При COVID-19 у больных страдают в первую очередь легкие. Чем принципиально отличаются пневмонии — ковидная и обычная?

— Так называемые ковидная, или первично вирусная, и обычная, или бактериальная, пневмонии имеют принципиальные отличия по клиническим проявлениям, особенностям течения и, что самое главное, в подходах к лечению. Первичная вирусная пневмония всегда двусторонняя, развивается на вторые-третьи сутки заболевания и может очень быстро прогрессировать. Она проявляет себя сильной лихорадкой и нарастающей одышкой. Обычная внебольничная пневмония чаще имеет одностороннюю локализацию, начинается с повышения температуры, также могут наблюдаться боль при дыхании и кашель с выделением мокроты. Эти виды пневмонии имеют существенные отличительные рентгенологические и лабораторные признаки.

— Значит, и подходы к лечению должны различаться?

— Абсолютно верно. Очень важно подчеркнуть нецелесообразность использования антибиотиков при подозрении или подтверждении коронавирусной пневмонии. Антибиотики являются средствами выбора при бактериальных, но не вирусных инфекциях. Они не оказывают влияния на течение коронавирусной инфекции и не являются средствами профилактики бактериальных пневмоний. В то же время антибиотики могут спровоцировать тяжелые, даже угрожающие жизни осложнения. Сейчас медицинское сообщество бьет тревогу из-за необоснованного использования антибиотиков. Существует серьезная опасность, что бесконтрольное и неоправданное назначение приведет к росту устойчивых бактериальных инфекций и потере эффективности этого класса препаратов.

Комплексный подход

— Каким образом следует восстанавливаться после ковидной пневмонии. Отличается ли реабилитация после коронавируса от реабилитации после бактериальной пневмонии?

— Коронавирусное поражение легких по многим признакам отличается от обычной бронхопневмонии, и, соответственно, отличаются программы реабилитации, которые имеют несколько уровней. Реабилитация пациента начинается в отделении реанимации и должна быть продолжена на амбулаторном этапе. Пациентам, переболевшим вирусной пневмонией, необходимо обратить внимание на восстановление жизненной емкости легких, мышечного тонуса, повышение толерантности к физической нагрузке. Очень важным аспектом является нормализация психоэмоциональной сферы.

Это комплексный, длительный процесс, который в зависимости от тяжести перенесенной пневмонии и сопутствующих заболеваний может длиться от трех месяцев до года. В идеале, конечно, проводить реабилитационные мероприятия под контролем специалиста-реабилитолога или врача ЛФК. В некоторых случаях необходима консультация психолога. Ознакомиться с программами реабилитации можно и самостоятельно. Союзом реабилитологов России подготовлены клинические рекомендации по медицинской реабилитации при COVID-19. В них подробно представлены комплексы упражнений, в том числе дыхательных, принципы самоконтроля. Эти рекомендации доступны в интернете.

— Многие рекомендуют в качестве реабилитации санаторно-курортное лечение. Насколько это эффективно и безопасно ли это в условиях пандемии?

— Я уже сказала, что реабилитация пациента, перенесшего вирусную пневмонию,— это длительный процесс, эффективность которого зависит от регулярных занятий, предусматривающих повышение нагрузок, организации полноценного сна и питания. Многие ошибочно полагают, что восстановить организм можно одним рывком, приехав в санаторий на 14–21 день. Действительно, сейчас ряд санаториев разработал и предлагает программы реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции. Санаторно-курортное лечение можно рассматривать как этап реабилитационной программы, но не как ее полное замещение. И вы абсолютно справедливо ставите вопрос о небезопасности поездок на железнодорожном транспорте, перелетов в условиях пандемии. Вопрос в каждом случае должен решаться индивидуально на основании рекомендаций лечащего врача и пульмонолога.

В группе риска

— Правда ли, что основным осложнением после коронавируса является тромбоз?

— Да, особенностью нового коронавируса является способность повреждать сосудистую стенку как артериального, так и венозного русла, поэтому тромбозы являются не только осложнением, но и основным проявлением развернутой стадии заболевания. Накапливаются данные, подтверждающие важную роль внутрилегочных тромбов в прогрессировании дыхательной недостаточности. Поэтому всем госпитализированным пациентам как минимум до выписки назначают инъекции антикоагулянтов.

— Стоит ли принимать антикоагулянты в профилактических целях?

— Эффективность амбулаторного лечения антикоагулянтами в качестве первичной профилактики тромбозов у всех больных на сегодняшний день изучена недостаточно. Профилактику с использованием профилактических доз антикоагулянтов целесообразно проводить пациентам с инфекцией средней тяжелого течения, относящимся к группе высокого риска по развитию венозного тромбоэмболизма, которые не принимают эти препараты в связи с другой патологией.

Это прежде всего больные, перенесшие ранее тромбоэмболию или тромбоз глубоких вен нижних конечностей, а также лица с ограниченной подвижностью, ожирением, системным заболеванием соединительной ткани, активным злокачественным новообразованием. В группе риска по венозному тромбоэмболизму также находятся женщины, которые принимают оральные контрацептивы или получают курс гормональной заместительной терапии. Очень важно подчеркнуть, что речь идет о больных, переносящих очевидную вирусную пневмонию, подтвержденную компьютерной томографией, сопровождающуюся температурой выше 38°С, одышкой, снижением сатурации, повышением уровня С-реактивного белка. Перед назначением антикоагулянтов необходимо оценить риск возможных кровотечений, а во время приема активно его контролировать.

Защитный барьер ответственности

— Все сейчас только и говорят, что о коронавирусе. А как обстоят дела с обычными сезонными ОРВИ и гриппом? Снизилась ли заболеваемость или держится на прежнем уровне?

— Как всегда в это время года, в некоторых регионах растет заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями. Это вирусы не гриппозной этиологии, такие как парагрипп, аденовирус и другие. Болеют ОРВИ преимущественно взрослые. По гриппу в настоящее время ситуация спокойная. Это объясняется и активной вакцинацией, и ограничительными мерами в отношении новой коронавирусной инфекции. Но расслабляться нельзя, впереди еще зимний период.

— Как повлиял на уровень заболеваемости масочный режим? Эффективно ли это средство защиты против сезонных вирусных заболеваний?

— Уверена, что, если бы население нашей страны более ответственно относилось к масочному режиму, уровень заболеваемости и смертности от новой коронавирусной инфекции был существенно ниже. Маски обеспечивают нас важным защитным барьером. Основные источники распространения вируса — это бессимптомные носители, которые выделяет возбудитель при дыхании и разговоре. Страны со строгим масочным режимом демонстрируют существенно меньшие показатели заболеваемости и смертности от коронавирусной инфекции. Особенно важно носить маски в условиях, где концентрация вируса может быть повышенной: в медицинских учреждениях, самолетах, многолюдных помещениях с плохой вентиляцией.

— Одним из наиболее серьезных осложнений гриппа считается пневмония. Как не допустить осложнений при гриппе и какие симптомы уже должны настораживать?

— Соблюдение постельного режима, проветривание комнаты, достаточный питьевой режим и, конечно, прием препаратов с противовирусной активностью, как правило, приводят к нормализации температуры на третий-четвертый день заболевания и улучшению общего самочувствия. Сохранение высокой температуры при гриппе более пяти дней требует исключения присоединения бактериальной инфекции, прежде всего пневмонии. Насторожить должны признаки и симптомы, свидетельствующие об ухудшении снабжения организма кислородом или о сердечно-легочной недостаточности. Это одышка при движении или в состоянии покоя, кровянистая мокрота, боль в груди и пониженное артериальное давление. Крайне опасными являются признаки и симптомы, свидетельствующие об осложнениях со стороны центральной нервной системы: измененное психическое состояние, судороги, спутанность сознания.

Профилактика как цель

— В каких случаях, при каких симптомах можно переносить болезнь дома, а когда необходима госпитализация?

— Важно сразу сказать, что на этот вопрос должен ответить врач, а не сам пациент (хотя его мнение, безусловно, учитывается) или его родственники. В настоящее время мы наблюдаем рост числа летальных исходов от коронавирусной инфекции, обусловленный поздним обращением за медицинской помощью. Только врач может правильно оценить степень дыхательной недостаточности, интоксикации, заподозрить осложнения или обострение сопутствующих заболеваний. Очевидно, что сохраняющаяся высокая лихорадка, нарушение сознания любой степени выраженности, одышка, тошнота, рвота, нарушение сердечного ритма, кровохарканье требуют срочной госпитализации, так как свидетельствуют о тяжелом течении заболевания.

Особое внимание нужно уделять больным с хроническими заболеваниями, которые предрасполагают к неблагоприятному развитию болезни. Это хроническая патология легких, сердечно-сосудистой системы, почек, печени, центральной нервной системы, иммунодефицитные состояния, сахарный диабет, ожирение. К группе особого риска относятся беременные, пожилые люди старше 65 лет, дети до двухлетнего возраста.

— Лучшее лечение — это профилактика. Какие меры необходимы принимать, чтобы избежать ОРВИ и гриппа?

— Вакцинация против гриппа — это яркий пример эффективной первичной профилактики. Мероприятия, направленные на ограничение распространения коронавирусной инфекции, эффективны и в отношении ОРВИ и гриппа. Это масочный режим, социальное дистанцирование, частая обработка рук. Важное значение для иммунитета имеют полноценный сон, сбалансированное питание, физическая активность.

— Если все же заболел, что делать, чтобы ускорить лечение: принимать лекарства?

— Мы живем в эпоху доказательной медицины. Эффективным может считаться средство, которое в сравнительном исследовании доказало свою эффективность и безопасность. В последние годы благодаря высоким технологиям разработаны препараты, содержащие антитела к молекулам-регуляторам и медиаторам, вовлеченным в противовирусный иммунный ответ и вирус-индуцированное воспаление. Примером может служить препарат «Эргоферон», который обладает противовирусным, иммуномодулирующим и антигистаминным эффектом.

Записала Мария Рыбакова

* Возможны противопоказания, необходима консультация специалиста

здравоохранение

Слово журналиста

— СМИ —

Представители международного сообщества журналистов, пишущих об онкологии, ежегодно собираются на «Онкомедиадень» (Cancer Media Summit), который проходит при поддержке компании Pfizer. В текущем году на очередном мероприятии журналисты встретились онлайн.

Быть услышанными властью

На заседаниях Международного клуба журналистов из стран Центральной и Восточной Европы, пишущих об онкологии, ученые и организаторы здравоохранения традиционно рассказывают о новых методиках и схемах организации медицинской помощи онкобольным. В текущем году журналисты встретились онлайн. Их приветствовали Антонелла Кардоне, президент Европейской коалиции пациентов с онкологическими заболеваниями, Марк Лоулер, проректор и профессор в области цифрового здравоохранения Университета Квинс в Белфасте, Весна Задник, профессор в области общественного здоровья из Словении, Линда Гиббс, руководитель кластера Центральной и Восточной Европы подразделения «Pfizer Онкология» и другие.

И вновь речь шла не о чем-то отвлеченном, а о конкретных случаях влияния на ситуацию, изменения ее к лучшему. Классический пример — история, происшедшая в Северной Ирландии, которую рассказал собравшимся Марк Лоулер.

Когда обнаружилось, что доступ к лечению онкологических заболеваний в Северной Ирландии и других частях Великобритании совершенно разный, врачи и пациентские организации обратились во влиятельное британское издание — газету Daily Mirror. С ее помощью была развернута большая пропагандистская кампания, и в результате на ступени британского парламента легло обращение к министру здравоохранения о необходимости изменения ситуации, под которым подписались 30 тыс. человек. Таким образом, пресса сыграла решающую роль в изменении политики по обеспечению онкопациентам равного доступа к лечению. Сейчас, отмечает Марк Лоулер, с помощью ведущих британских СМИ ученые обнародовали проблему задержки лечения онкопациентов из-за режима самоизоляции, что привело к риску десятков тысяч дополнительных смертей. И премьер-министр страны, и министр здравоохранения Великобритании включили этот вопрос в свою повестку.

По словам врачей и представителей пациентских и общественных организаций, возможно, не так эффектно, но зато эффективно российские СМИ повлияли на принятие дополнений в 323-й федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ряд публикаций о несовершенстве системы оказания помощи онкологическим больным дал импульс работе над национальной онкологической программой.

«Информационная составляющая — важнейшая часть работы по борьбе с онкозаболеваниями,— говорит президент Национальной ассоциации организаций больных редкими заболеваниями „Генетика“ Светлана Каримова.— Все органы государственной власти постоянно мониторят СМИ. И мы стараемся создавать инфоповоды, чтобы донести важную информацию с помощью журналистов до максимально большого количества людей, в том числе тех, от кого зависит принятие законодательных решений. Это создает гораздо большие предпосылки для того, чтобы нас услышали».

Примета времени: инструментом влияния становятся не только официальные СМИ, но и блогеры, и даже личные странницы в соцсетях известных журналистов. Светлана Каримова поясняет: чаще всего представители власти с ними «дружат» и, как только видят какие-то серьезные замечания, берут их на контроль.

Вот один из недавних случаев. Министерство здравоохранения Астраханской области должно было выделить деньги на лечение восьмилетнего Матвея Киселева с диагнозом «нейробластома». Однако региональный минздрав, имея на руках решение суда, не исполнял обязательств о лекарственном обеспечении ребенка. Даже несмотря на то что на собранные через фонд и самими родителями деньги ребенку уже был закуплен препарат для трех курсов терапии. И только после совместного выступления региональных СМИ на информацию обратил внимание губернатор, после чего областное министерство здравоохранения оплатило маленькому пациенту дорогостоящее лечение.

Стирая границы

Иногда журналист может решить вопросы и на международном уровне.

Рассказывает специалист по связям с общественностью Медицинского института Березина Сергея (МИБС) Елена Денисенко (Санкт-Петербург).

«Дети из стран СНГ, которым требуется срочное лечение в протонном центре, не могут туда попасть, потому что, во-первых, квоты в стране есть только на российских пациентов, жителям Санкт-Петербурга лечение в нашем институте оплачивают государство и город. Но на граждан Армении эти квоты не распространяются, да и благотворительные фонды на детей из других стран средства не собирают. Фонд «Подари жизнь» откликнулся на просьбу российских онкологов и согласился оплатить химиотерапию, но протонную терапию фонды не оплачивают, тем более для иностранцев. А семьи небогатые, одна даже заложила квартиру. Благодаря публикациям в разных изданиях, инициированным журналистом Мариной Бойцовой, был организован фандрайзинг, сборы продолжаются.

Мальчику после пройденных курсов протонной терапии стало чуть легче. До начала лечения он не передвигался, не мог стоять и даже умыть лицо — так быстро прогрессировала опухоль. Сейчас он уже может ходить, пытается улыбаться, держится молодцом. По словам врачей, прогноз у Давида неплохой: в 70–80% случаев пациенты достигают показателя пятилетней выживаемости. Ему предстоят еще несколько курсов химиотерапии и продолжение курса протонов.

Равный — равному

В практике психологической работы с онкопациентами существует понятие «равный равному». То есть объяснения и моральную помощь пациентам оказывают люди, прошедшие через заболевание, знающие его, как говорится, изнутри.

В последнее время по такому принципу проводятся и пресс-мероприятия, посвященные различным заболеваниям, в том числе онкологии. Их участниками становятся журналисты и блогеры, которые на собственном примере убедились: рак излечим! И уверены: об этом необходимо говорить!

Потому что только кажется, что люди осознали степень опасности наследственных заболеваний после нашумевшего дела Анджелины Джоли, которая решилась на ампутацию груди, когда выяснилась ее наследственность. Согласно недавно проведенному компанией опросу, более половины респондентов (66%) никогда не слышали о мутациях генов BRCA, ответственных за развитие наследственных видов рака, хотя почти у каждого четвертого оказались кровные родственники, страдающие одним из таких заболеваний, как рак молочной железы, рак яичников, рак предстательной железы.

«Такой подход,— говорит Ирина Боровова, руководитель Межрегиональной общественной организации „Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»“,— мотивирует пациентов, воодушевляет».

Модератором недавнего мероприятия «Код заботы», инициированного компанией AstraZeneca, стала генеральный директор телеканала «Дождь» Наталья Синдеева. Ранее она в эфире рассказала о том, что у нее диагностировали рак молочной железы, который прооперировали, и сейчас Наталья продолжает лечение. По ее словам, после ее выступления в эфире ей стали звонить знакомые, у которых оказались такие же проблемы, но они просто не знали, что с этим делать. «Давайте выполнять эту важную функцию СМИ — информировать людей о том, что есть, в частности, генетически обусловленные заболевания, есть способы их тестирования, доступные и в России, есть таргетная и персонифицированная терапия, которая сокращает риск дальнейшего развития рака, облегчает лечение и работает на результат. Давайте максимально об этом рассказывать!» — призвала коллег Наталья Синдеева.

Алена Жукова

здравоохранение

«Дети получают питание на дому только через суд»

Синдром короткой кишки (СКК) — редкое хроническое заболевание, при котором больной может осуществлять нормальную жизнедеятельность только с помощью специального парентерального питания (ПП). Стоимость такого питания доходит до 1 млн руб. в год. Государство его не оплачивает. Как помочь пациентам? Получить ПП бесплатно можно в больнице, куда вынужденно переселяются такие больные, чтобы жить. Или через суд. Пути решения проблемы в интервью „Ъ“ пытаются определить **Валерий Луфт**, руководитель лаборатории клинического питания Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, президент Северо-Западной ассоциации парентерального и энтерального питания, **Евгения Биркая**, генеральный директор автономной некоммерческой организации «Ветер надежд», и **Наталья Смирнова**, член Национального совета экспертов по редким болезням, член экспертного совета Комитета Госдумы РФ по охране здоровья по редким (орфанным) заболеваниям.

— диагноз —

— С сентября 2017 года СКК включен в перечень редких заболеваний, размещенный на сайте Министерства здравоохранения РФ. Что с тех пор изменилось в стране в отношении этого заболевания на законодательном уровне?

НАТАЛЬЯ СМИРНОВА: Действительно, СКК входит в общий перечень орфанных заболеваний, так называемый «Эпидемиологический перечень орфанных заболеваний». Однако это заболевание до настоящего времени не включено в программы льготного лекарственного обеспечения. В связи с чем имеющиеся проблемы с организацией лекарственного обеспечения пациентов с СКК по-прежнему актуальны и требуют решения и внесения изменений в нормативно-правовые акты.

— Сколько больных с СКК насчитывается сейчас в стране — детей и взрослых?

ВАЛЕРИЙ ЛУФТ: Такой статистики по взрослым пациентам в РФ нет. Никто их не учитывает. Согласно европейским наблюдениям, количество больных с СКК и выраженной кишечной недостаточностью, которая требует внутривенной поддержки, составляет от 1,8 до 5 человек на 1 млн населения. Относительно детей ситуация лучше. Ассоциация детских хирургов России ведет регистр, куда включено около 250 детей с СКК. В Санкт-Петербурге в настоящее время на поддерживающем парентеральном питании находятся девять пациентов с СКК: четыре взрослых в возрасте от 45 до 64 лет и пять детей в возрасте от 1 до 12 лет.

ЕВГЕНИЯ БИРКАЯ: По нашим данным, в стране около 270 детей с СКК. К сожалению, по взрослым точной статистики нет. По нашим данным, около 50 человек. Самому маленькому пациенту с диагнозом СКК нет и полугода, а самому взрослому с диагнозом СКК, с которым мы знакомы, 61 год.

— Первые отрывочные данные по медицинскому наблюдению за пациентами с СКК в России появились примерно в 2009 году. Как изменились за эти годы показатели по выживаемости таких больных в стране?

В. Л.: Ответить на вопрос о выживаемости не представляется возможным. Максимальная длительность наблюдаемой нами пациентки, которая получает парентеральное питание в домашних условиях, причем большую часть лет за свой счет, составляет восемь лет. При этом она ведет обычный образ жизни, работает. По зарубежному опыту 75% больных с СКК живут с достаточно приличным качеством жизни более пяти лет.

Е. Б.: По нашим данным, системное медицинское наблюдение в стране начало складываться после 2011 года. После принятия федерального закона №323 об охране здоровья.

Что касается детей, то показатели выживаемости улучшились. Сейчас выживаемость детей составляет более 85%. Основная причина смертности — это сепсис, в частности из-за постоянных внутривенных катетеров.

Про взрослых сказать сложнее: поскольку до сих пор нет учета взрослых больных с СКК, нет маршрутизации взрослых пациентов, то совсем не понятно, сколько их сейчас в России, какова продолжительность их жизни и причины смертности.

— Как должна быть выстроена маршрутизация больных с СКК? На каком уровне, на какие принципы опираться?

Н. С.: Диагноз СКК в основном ставят пациентам в федеральных медицинских организациях, поэтому важно проработать механизмы соблюдения преемственности лечения пациентов при выписке из стационара и направлении пациента в субъект проживания для постановки на диспансерное наблюдение и дальнейшего оказания медицинской помощи, лекарственного обеспечения реабилитации и т. д.

В. Л.: Вопросы маршрутизации этих больных остаются абсолютно нерешенными. Кто должен наблюдать и обеспечивать поддерживающее их лечение? Это во многом будет зависеть от степени выраженности имеющейся у них кишечной недостаточности.

Необходимо четко прописать их маршрутизацию с учетом выраженности кишечной недостаточности и потребности в инфузионной терапии и парентеральном питании.



ФОТО ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА

Валерий Луфт

Нужны специализированные центры по домашнему клиническому питанию, как это сделано и успешно функционирует в зарубежных странах. Все пациенты с СКК, нуждающиеся в парентеральном питании наблюдаются в подобных центрах.

В любом регионе нашей страны подобные пациенты должны иметь возможность получения доступной (как это прописано в новой редакции Конституции) специализированной медпомощи. Полагаю, что должны быть федеральные квоты для этой категории больных.

Прежде всего необходимо организационно-административное решение этого вопроса с выделением соответствующего штата.

У нас, например, в Санкт-Петербурге созданы четыре нештатных центра домашнего клинического питания: два центра энтерального питания и два центра парентерального питания (один для детей с СКК и один для взрослых с СКК), которые располагаются на базе стационаров.

Все мероприятия по ведению регистра, обеспечению пациентов с СКК необходимыми средствами и наблюдением за ними являются, по сути своей, дополнительной неоплачиваемой нагрузкой для лиц, осуществляющих этот вид медицинской деятельности.

— Как поднять уровень врачебной компетенции по стране, а не в отдельной взятой клинике?

В. Л.: СКК — это редкое заболевание, и заниматься этой патологией должны подготовленные по данной проблеме люди. На мой взгляд, нет необходимости повышать уровень подготовки всех врачей по этой проблеме, например общей практики, участковых, терапевтов и др. Эти специалисты должны знать, куда можно направить подобных пациентов для оказания им специализированной медицинской помощи.

— Какими препаратами сегодня лечат больных с СКК в России?

Н. С.: Пациенты нуждаются в препаратах парентерального и энтерального питания, а также для лечения этих больных в настоящее время есть патогенетический препарат (находящийся в данный момент на регистрации на территории РФ), повышающий возможности структурно-функциональной адаптации оставшейся части тонкой кишки, что позволяет уменьшить или полностью исключить зависимость подобных пациентов от парентерального питания.

— Пациенты с СКК нуждаются в длительном, часто пожизненном получении парентерального и (или) энтерального питания. Как происходит обеспечение всем необходимым? Получают ли пациенты питание на дому?

В. Л.: Сегодня мы должны констатировать, что современные технологии клинического (парентерального и энтерального) питания хорошо отработаны и позволяют сколько угодно долго обеспечивать качественную питательную поддержку стабильных пациентов в домашних условиях. В настоящее время в РФ зарегистрированы все необходимые для этого питательные смеси и расходные материалы.

Большинство больных с СКК и кишечной недостаточностью живут по системе круговой циркуляции больница—дом—больница—дом. Они занимают дорогостоящую больничную койку, где на протяжении трех-четырех недель получают парентеральное питание. Подобный вариант медицинского обслуживания этих больных обходится в 1,7–2 раза дороже домашнего парентерального питания и чреват значительно более частыми инфекционными осложнениями.

Бюджетное обеспечение пациентов с СКК всеми необходимыми средствами для домашнего парентерального питания относительно недавно (два-три года) стало осуществляться в Москве и Санкт-Петербурге. Насколько мне известно, в некоторых городах стали тоже появляться подобные пациенты, которые после многолетних хождений по мукам по решению суда стали хотя бы частично обеспечиваться необходимыми питательными смесями.



ФОТО ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА

Евгения Биркая

Е. Б.: В первую очередь врачи должны определить, нуждается ли пациент с СКК в назначении парентерального и (или) энтерального питания. Этот вопрос решается коллегиально на врачебной комиссии. Такой вариант назначения питательной поддержки этим больным имеет место из-за пока еще не принятых клинических рекомендаций по лечению данной патологии. СКК — редкое заболевание, поэтому мало врачей имеют опыт выхаживания таких пациентов.

Далее после назначения ПП и ЭП пациент по идее должен покинуть стационар и идти домой, где он и будет получать необходимую питательную поддержку. Однако нашим законодательством такой логичный, казалось бы, вариант получения медицинской помощи не предусмотрен. Отсюда масса проблем с получением ПП на дому. Сейчас получается добиваться от государства бесплатного ПП и жизненно необходимых лекарств только через суд. Иногда сами минздравы регионов просят принести им судебное решение, чтобы у них было основание закупать лекарства. Но чаще минздравы очень усердно отстаивают свою, так сказать, правоту и пытаются обосновать в судах, что обеспечивать пациентов с СКК жизненно необходимыми лекарствами и парентеральным питанием имеющееся законодательство не разрешает. Поэтому ПП-пациенты могут получать только в стационаре, а не дома.

В общем, право на лекарство больных с СКК приходится отстаивать в судах. Иначе никто обеспечивать наших пациентов не торопится. Только в единичных регионах приняты программы по обеспечению пациентов с СКК.

В это число флагманом вошла и Москва. Все говорят: ну что вы нам Москву в пример приводите — в столице другие финансовые возможности. Это правда, но не надо забывать и о том, что в Москве и больных гораздо больше, чем в других регионах. Например, детей с СКК в Москве более 25 человек, а в некоторых регионах — всего лишь есть один ребенок с СКК, но и того не обеспечивают.

Сейчас дети получают питание на дому только через суд. Взрослые пациенты лечатся на дому, но это их самостоятельная заслуга: они находят и покупают парентеральное питание сами. Никто от имени государства взрослых пациентов ничем не обеспечивает.

— Парентеральное и энтеральное питание — это достаточно дорого. Каков алгоритм решения? Есть ли хотя бы намеченные пути к решению этой задачи?

Н. С.: Когда мы говорим о пациентах с СКК, то важно отметить, что право на льготное лекарственное обеспечение и обеспечение специализированными продуктами питания возникает у пациентов с СКК только при установлении инвалидности в рамках постановления правительства РФ от 30 июля 1994 года №890 или при присвоении паллиативного статуса в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Важно внесение СКК в одну из льготных программ лекарственного обеспечения. Важно создать систему, предоставляющую возможность обеспечения пациентов с СКК на дому необходимыми препаратами, парентеральным питанием и медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека независимо от присвоения паллиативного статуса.

— Есть ли конкретные предложения по созданию системы обеспечения пациентов парентеральным питанием на дому? В мировой медицинской практике для терапии больных с СКК дома используются стационар замещающие технологии, или Home Care, при которых парентеральное питание и лекарственная терапия больным СКК проводятся дома. Как добиться внедрения этой технологии в России?

Н. С.: Когда мы говорим о возможностях обеспечения парентеральным питанием на дому, то важно рассмотреть вопрос организации обеспечения пациентов с СКК ПП в условиях дневного стационара (по типу стационара на дому). В настоящее время рядом нормативно-правовых актов, в том числе, например, приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 года №543н утверждены положения «Об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». В которых предусмотрено, что «для оказания медицинской помощи больным с острыми хроническими заболеваниями и их обострениями, нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным для оказания стационарной медицинской помощи в медицинскую организацию, может организовываться стационар на дому при условии, что состояние здоровья больного и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому».

К полномочиям участкового терапевта, участкового педиатра, врача общей практики относятся организация стационаров на дому и оказание медицинской помощи, приказом МЗ РФ разработана медицинская учетно-отчетная документация. Ряд территориальных программ государственных гарантий предусматривает возможности оказания медицинской помощи в стационаре и на дому, однако оказание таковой в РФ не развито и, конечно, требуется внесение изменений в ряд документов, таких как программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, правила оказания медицинской помощи и проведения исследований, тарифы по ОМС и др.



ФОТО ПРЕДОСТАВЛЕНО АССОЦИАЦИЕЙ «ГЕНЕТИКА»

Наталья Смирнова

— Кто и как занимается реабилитацией больных с СКК?

Е. Б.: На данный момент больные с СКК сами занимаются своей реабилитацией. Детей ведут медики: хирурги, педиатры, гастроэнтерологи. Но федеральных центров с междисциплинарной командой врачей сейчас нет. В последнее время в РДКБ часто поднимается вопрос создания такого центра на их базе. Но это пока только проект. А такой центр нужен уже вчера. И не только для детей. Но и для взрослых, поскольку все дети стремительно растут и в будущем становятся взрослыми пациентами с СКК.

В. Л.: Необходимо возродить хорошо отработанный в СССР санаторный этап пострезекционной реабилитации этих пациентов.

— Отразилась ли как-то пандемия коронавируса на ситуации в стране с выявляемостью, диагностикой, оперативной помощью и лечением больных с СКК?

Е. Б.: С выявляемостью и диагностикой не могу сказать, а вот с оперативной помощью — да. Многие стационары закрываются на карантин. Перестают принимать в экстренном порядке пациентов, иногда даже плановые госпитализации переносят или откладывают. Все эти моменты, конечно, неблагоприятно сказываются на здоровье и качестве медицинской помощи больным с СКК.

Н. С.: Безусловно, ситуация, связанная с пандемией коронавируса внесла свои коррективы в организацию оказания медицинской помощи в целом, в том числе пациентам с СКК. Увеличились сроки плановых приемов, затруднена запись к специалистам, сократилось число направлений в Федеральные медицинские организации, особенно актуальными стали вопросы выписки рецептов на срок до 180 дней, выписки электронных рецептов и доставки лекарств на дом. Чаще стали применятся возможности телемедицинских технологий. При этом важно отметить, что ситуация с коронавирусом не может влиять на льготное лекарственное обеспечение, так как пациентам не может быть отказано в льготном обеспечении ЛС.

— Чем в отношении людей с СКК занимается организация «Ветер надежды»?

Е. Б.: Наша организация оказывает правовую и социальную поддержку больным с СКК. С помощью нашего юриста мы помогаем добиваться бесплатного обеспечения парентеральным питанием и другими жизненно необходимыми лекарственными средствами, в том числе в судах.

Социальная поддержка заключается в том, что мы помогаем на начальных этапах разобраться, к какому доктору обратиться, какие документы нужны для оформления инвалидности или госпитализации, как ухаживать за больным ребенком и так далее. Мы проводим информационные вебинары, печатаем брошюры, листовки. У нас очень хороший рабочий сайт. Там можно найти много полезной информации как о самом заболевании, так и о том, чем мы помогаем.

Иногда мы оказываем также адресную помощь, но бюджет на такую поддержку у нас весьма ограничен, поэтому адресная помощь бывает в очень исключительных случаях, и мы не афишируем ее.

Записал
Владислав Дорофеев



ИГОРЬ ИВАНКО

Российская детская клиническая больница — один из главных в стране центров экспертизы и терапии детей с СКК

ЕДА — ЖИЗНЬ

Синдром короткой кишки (СКК) с кишечной недостаточностью — крайне редкое хроническое заболевание, при котором человек не способен усваивать из пищи достаточное для нормальной жизнедеятельности количество питательных веществ, витаминов и минералов из-за потери всасывающей способности тонкой кишки.

Заболевание развивается вследствие удаления большей части тонкой кишки из-за различных заболеваний, например болезни Крона, нарушения кровообращения, врожденных пороков развития, травм и ряда других. При таком заболевании больному жизненно необходимо специальное энтеральное питание и парентальная поддержка/питание в виде питательных смесей и растворов электролитов, вводимых внутривенно. В случае отсутствия такого питания пациенты не выживают. При таком заболевании больному жизненно необходима специальная питательная поддержка, которая осуществляется путем назначения щадящего лечебного рациона питания и дополнительного потребления специальных энтеральных питательных смесей или, если оставшийся участок тонкой кишки не способен их усваивать, путем внутривенного введения жидкости, электролитов и всех необходимых питательных веществ, которое получило название парентеральное питание (ПП). При отсутствии такого поддерживающего питания пациенты просто не могут жить.

Технологии такой питательной поддержки хорошо отработаны и широко применяются самими пациентами во многих странах мира. Подавляющее большинство таких больных сохраняют работоспособность и имеют достаточно хорошее качество жизни. При этом их обеспечение всеми необходимыми питательными смесями и расходными материалами осуществляется за счет страховых компаний.

В нашей стране такую бесплатную для них питательную поддержку подобные пациенты могут получать только в стационарах, куда они многократно в течение года вынуждены госпитализироваться из-за нарастающей недостаточности питания для проведения ПП. Такое питание в домашних условиях в нашей стране, как правило, не проводится, что обусловлено отсутствием государственной поддержки и должной организации данного вида стационар замещающего и жизненно необходимого медицинского пособия.

В Европе распространенность больных с СКК составляет 1,8–5 человек на 1 млн населения. В России в настоящее время около 270 детей с СКК. Частота данного синдрома среди взрослого населения не изучена. Особенностью лечения больных с СКК помимо лекарственного обеспечения является частая необходимость проведения поддерживающей питательной поддержки с использованием специальных методов (энтеральное и парентеральное питание) и современных питательных смесей различной направленности, которое в подавляющем в большинстве случаев может успешно осуществляться в домашних условиях.

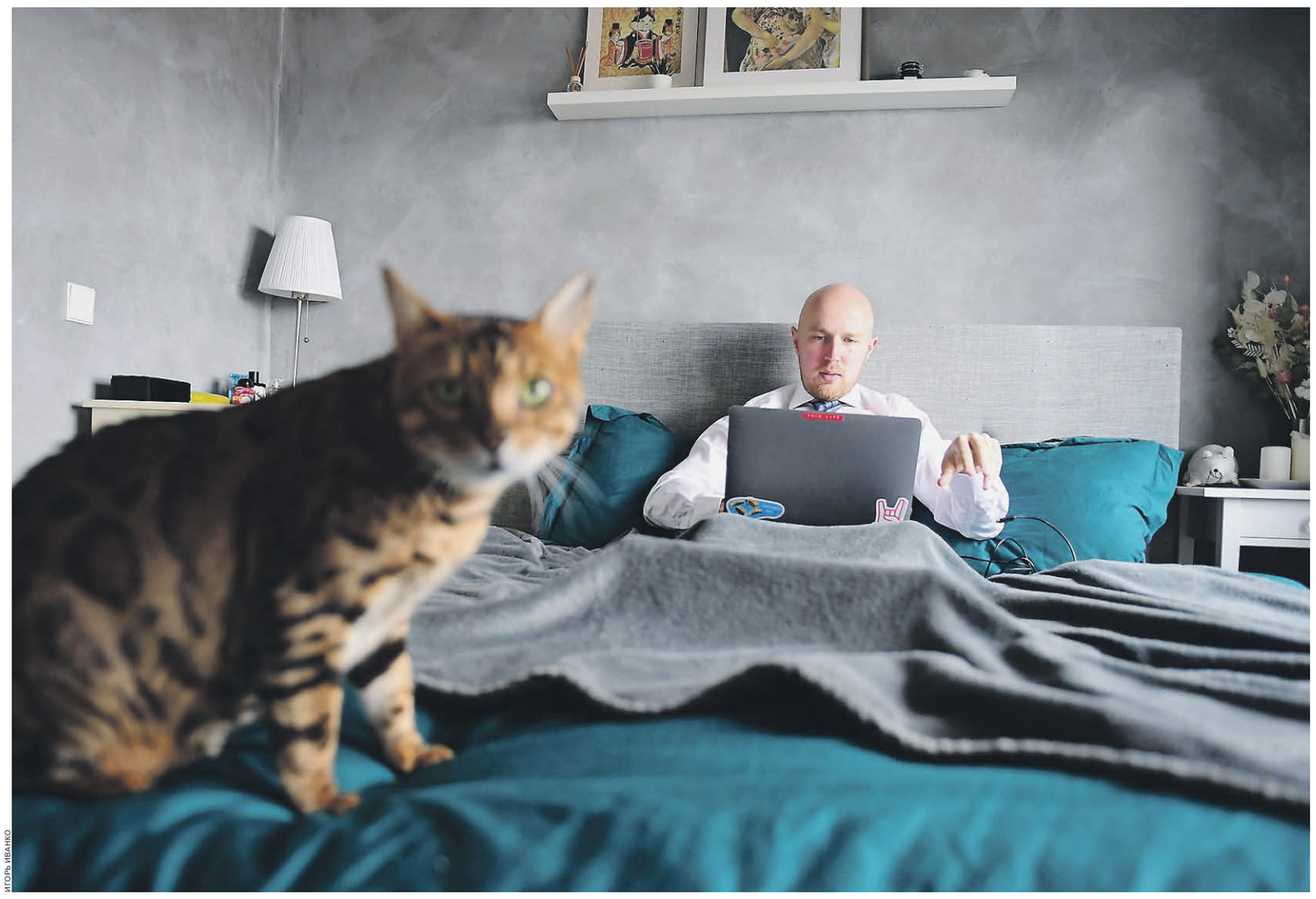
Владислав Дорофеев

здравоохранение

В четырех стенах

Коронавирус вынудил нас учиться, работать, делать покупки, посещать театры и музеи, получать медицинские консультации удаленно. И даже когда опасность минует, эта тенденция уже никуда не денется. Многим такая жизнь понравилась, для кого-то стала привычной. Достоинства ее очевидны: экономия времени, сил, минимизация риска заразиться. Однако не секрет, что и недостатков у существования в замкнутом пространстве ничуть не меньше. Какие риски оно несет и как их минимизировать?

— тенденция —



ИГОРЬ ИВАНКО

Плюсы и минусы жизни в режиме онлайн, которая останется с нами навсегда

Режим отдыха

«Когда человек каждый день ходил на работу, он вставал по будильнику, оставаться в постели возможности не было, так как можно опоздать,— рассуждает Дарья Лебедева, врач-сомнолог, ведущая направления „Медицина сна“ в Центральной клинической больнице Управления делами президента РФ.— Потом он добирался до работы, включался метаболизм, происходила настройка на бодрствование и активные процессы. Сейчас, когда привычный режим дня у многих резко изменился, снизились физические и эмоциональные нагрузки, мы стали значительно меньше уставать».

По словам Дарьи Лебедевой, человек, избавленный от необходимости выходить из дома, больше времени проводит в постели. Некоторые даже работают и учатся, не меняя горизонтального положения. По мнению сомнолога, когда мы существуем как будто в режиме отдыха, расслабления, в ночное время у нас неизбежно возникают проблемы со сном. Это прямой путь к бессоннице и ряду хронических заболеваний.

Нагрузка на глаза

По словам Христо Тахчиди, академика РАН, руководителя Научно-исследовательского центра офтальмологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, нагрузка на глаза при таком образе жизни существенно возрастает. Если у древнего человека зрение примерно на 80% работало вдаль, то у современного — только на 10%. А ведь именно при удаленном зрении мышцы глаза расслабляются, отдыхают. «Человечество фактически слепнет,— констатирует академик.— Ни одна адаптационная система таких нагрузок не выдержит. В результате мы имеем множество аномалий рефракции, миопий, пациентов дальнозорких, астигматиков, с дистрофией сетчатки в молодом возрасте и так далее».

Работа и игра на компьютере или смартфоне увлекает, и человек теряет контроль над ситуацией, не замечает, что глаза устали, или пренебрегает необходимостью сделать перерыв.

Дефицит активности

«Постоянно находясь дома, в замкнутом пространстве, мы обычно испытываем дефицит двигательной активности, что чревато различными осложнениями,— говорит Олег Добровольский, профессор кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Сеченовского университета, доктор биологических и кандидат медицинских наук.— Это нарушения осанки, сколиоз, кифоз, артрозы шейного и поясничного отделов позвоночника, люмбаго. Эти недуги — следствие длительного сидения в неудобном положении. Они проявляются болью в спине и шее, скованностью движений, нарушается осанка. Нередко возникают навязчивые головные боли, развивается синдром запястного канала, поскольку кисти рук подолгу лежат на столе в неизменном положении. Из-за этого могут неметь руки, возникает интенсивная боль». Когда мы сидим с утра до вечера (а некоторые — и всю ночь) за экраном компьютера, активных движений минимум, спина сгорблена, кровоток во всем организме замедлен.

С точки зрения невролога главную опасность здесь представляет гиподинамия, глобальная проблема современного человечества, рассуждает Александр Коляда, невролог, эпилептолог, кандидат медицинских наук.

При сидячем образе жизни возникают и проблемы с венами нижних конечностей: варикоз, тромбозы, геморрой. По словам Хачатура Кургиняна, заместителя главного врача по хирургии КДЦ Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины Минздрава РФ, пациентов, которым может помочь только хирургическое лечение, становится все больше.

«Ломка» без гаджетов

Существование в онлайн-пространстве приводит к тому, что информация начинает преследовать того, кто погружен в информационное поле. Основная часть этой информации оказывается ненужной, но мозг ее воспринимает. В результате возникают невроз, гипертония, психоэмоциональная неустойчивость, нарушение сна, депрессия. Кроме того, большинство внутренних органов реагирует на состояние стресса расстройством функций. Самая уязвимая в этом отношении — пищеварительная система: отсюда гастрит, язвенная болезнь, нарушение работы кишечника, преддиабет как сбой работы поджелудочной железы.

Еще одна опасность — психологическая зависимость от гаджетов. Сознание привыкает к постоянному информационному раздражению, и когда мы вынужденно оказываемся без интернета, то испытываем дискомфорт на физическом уровне, тревогу. Это «ломка» интернет-зависимого организма.

Цифровое слабоумие

Александр Утробин, психиатр, психотерапевт, член Профессиональной медицинской психотерапевтической ассоциации, уверен: жизнь онлайн несет серьезные угрозы для психического здоровья. Результаты наблюдения показывают: во время самоизоляции у людей повышается уровень тревоги и фрустрации, появляются раздражительность, бессонница, эмоциональное истощение, возникают вспышки гнева.

У детей последствия «ухода» в онлайн еще более катастрофичны, полагает Александр Утробин. Некоторые структуры человеческого мозга заканчивают формирование к 22 годам, но основные его функции формируются в период до 12 лет. Поэтому, предупреждает психиатр, внедряемый сейчас переход на дистанционные формы обучения негативно скажется на психическом развитии ребенка. Чрезмерная нагрузка на зрительные рецепторы способствует снижению способности к концентрации внимания, усидчивости, восприятию информации. Очень высок риск развития так называемого цифрового слабоумия ребенка.

Жизнь в режиме онлайн — это нечто новое, непривычное и необычное, констатирует Лариса Трутаева, клинический психолог, заведующая Центром психического здоровья и развития в Клинике педиатрии и детской хирургии доктора Матара. Не все оказались к этому готовы.

«Жизнь онлайн нас разобщает,— говорит Лариса Николаевна.— Мы все больше превращаемся в общество индивидуалистов. Особенно это касается наших детей, которые разучились дружить, разговаривать, читать книги, смотреть фильмы, где „слишком много слов“. У них развивается клиповое мышление. Это опасные тенденции: человек возник как социальное существо, и общественные связи для него крайне важны».

По мнению психолога, постоянное пребывание в замкнутом пространстве, где безопасно, «мой дом — моя крепость», формирует человека дезадаптированного, безвольного, беспомощного, инфантильного, не способного решать свои житейские проблемы и строить социальные связи. Такого человека можно назвать социальным инвалидом.

Вставать по будильнику

«Нужно заводить будильник, даже если вам не обязательно идти на работу,— говорит Дарья Лебедева.— Не надо лежать в постели и тем более работать лежа с ноутбуком. Обязательно нужно имитировать подъем, тем самым сигнализируя организму о включении режима бодрствования. Будильник зазвонил — встали, пошли в душ, сделали гимнастику, выпили кофе, послушали новости».

Дарья Лебедева подчеркивает, что новости лучше слушать именно утром, чтобы выработался кортизол и организм успел справиться со стрессом. Если на улице светло — откройте шторы, если еще не рассвело — включите яркий свет.

Все гаджеты перед сном лучше убирать. За два-три часа до сна не должно быть плотного ужина, важно исключить алкоголь, кофе, чай и любые напитки, содержащие кофеин. Рабочее место лучше располагать как можно дальше от спального. Конечно, не всегда наше жизненное пространство это позволяет, но надо к этому стремиться.

Смотреть вдаль

По словам академика Тахчиди, нужно нормировать время, когда вы работаете за компьютером и пользуетесь гаджетами. Принудительно возвращать себя в реальность, время от времени выполнять упражнения: смотреть вдаль, вглядываясь в детали. Можно специально выезжать за город или совершать длительные пешие прогулки — в ту сторону, где видна линия горизонта.

Обеспечить физические нагрузки

«Наше функциональное состояние определяется сердечно-сосудистым и мышечным статусом,— говорит Олег Добровольский.— Первый пункт обеспечивают аэробные нагрузки, дающие максимальное потребление кислорода организмом. Здесь важны циклические виды спорта: бег, ходьба, плавание, езда на велосипеде и так далее. Сидя дома, вы вряд ли получите нужный вид нагрузки».

Второй пункт — силовые нагрузки. По словам Олега Добровольского, это не обязательно подъем тяжестей. Чтобы поддерживать себя в хорошей форме, достаточно обычных отжиманий. Подходят также приседания, выпады, упражнения для поддержания равновесия. И, наконец, растяжки, которыми важно заканчивать любую тренировку. Сохранение гибкости суставов и позвоночника — залог здоровья и хорошего самочувствия.

По мнению Хачатура Кургиняна, лучшая профилактика заболеваний вен — это плавание. Также полезна дозированная, умеренная тренировочная ходьба на комфортные для вас дистанции. Надо стараться совершать такие прогулки каждый день.

Соблюдать цифровую диету

«Одно из направлений профилактики психических расстройств — переход на „цифровую диету“. Очень важно соблюдать гигиену общения с электронными гаджетами»,— рассуждает Александр Утробин.

Необходимы здоровый сон не менее восьми часов в сутки, умеренные психические нагрузки в комбинации со сбалансированным питанием (есть меньше мучного и сладкого, отдавать предпочтение белковой пище и овощам), желательны также аутогенные тренировки, дыхательная гимнастика, применение релаксационных техник. При возникновении психологических сложностей, психических проблем следует не заниматься самодеятельностью, а обратиться за помощью к специалистам.

Научиться с этим жить

«Для того чтобы комфортно чувствовать себя при нынешнем режиме жизни, важно принять ее, перестать негодовать, злиться,— советует Лариса Трутаева.— Надо стремиться быть открытым для нового. Чаще общаться. Реально, виртуально — как возможно».

Важно соблюдать примерно такой же режим дня, как и во время учебы и работы в реале. Отношение к дистанционному обучению должно быть таким же, как к обычному. То же и с работой. Дистанционка — это не халява и не синекура. Больше конструктива. Надо следить за эмоциями и помогать друг другу.

Существование в режиме онлайн нам придется принять, хотелось бы этого или нет. Оно имеет свои плюсы и минусы, и наша задача — сделать так, чтобы минусы стали как можно менее ощутимыми и не мешали нам жить.

Наталия Лескова

«Ни одного отказа врачей или медсестер от работы в пандемию»

— конкуренция —

Частная медицина уже не уникальное явление, а один из привычных факторов российского здравоохранения. У первой умершей в Москве от COVID-19 пациентки заболевание было обнаружено в частной клинике. В Москве на частные клиники приходится примерно четверть медицинских услуг. НИКОЛАЙ СМЫСЛОВ, создатель и генеральный директор медицинской сети «СМ-Клиника», которую ежегодно посещает до полумиллиона пациентов, определяет основные задачи и цели частной медицины.



ИВАН ВОДОПЬЯНОВ

«СМ-Клиника» — многопрофильный медицинский холдинг, существующий с 2002 года. В состав холдинга входит 21 многопрофильная клиника в Москве, Подмосковье, Санкт-Петербурге и Рязани. Из них 7 клиник с круглосуточным стационаром для взрослых и детей, 13 клиник с дневными стационарами. Коечный фонд составляет 226 мест. Около 10% пациентов поступают в стационары по экстренной госпитализации через службу скорой помощи «СМ-Клиника». Круглосуточные стационары имеют терапевтические и хирургические отделения. В сети 30 действующих операционных, одна из них рентгенооперационная, оснащенная ангиографом. Общая численность сотрудников холдинга — 5,8 тыс. человек. 89% врачей работают в штате, 11% — совместители. По итогам 2019 года выручка составила около 10 млрд руб. В структуре оказываемых клиникой услуг стационарная помощь занимает 17%, амбулаторно-поликлиническая — 78%, стоматологическая — 5%. Доля ДМС — 8%, остальное — прямые договоры с пациентами. Доля лабораторно-диагностического центра (ЛДЦ) составляет 24% в выручке и обеспечивает потребности всех медицинских подразделений сети. В ЛДЦ производится 95% всего спектра лабораторных исследований: от общеклинических, биохимических анализов до тромбодинамики, генетики и аутоиммунных блоков, а также бактериологические, ПЦР–диагностика.

— Во время весеннего тотального локдауна и карантина большинство частных медицинских клиник максимально сузили объем своих услуг, закрыли филиалы. Вы — нет, почему? Разве не боялись?

— Боялись. И руководство, и врачи. Но не было ни одного отказа врачей или медсестер от работы в пандемию. Более того, у первой умершей в Москве от COVID-19 заболевание было обнаружено в нашей клинике. Мы, когда взяли анализы, поняли, что это COVID, и перевели ее в инфекционную больницу, потому что у нас не было сертификации на лечение таких больных. Она умерла уже в городской больнице, женщина очень пожилая. Наш стационар, где она лежала, закрыли на карантин на 14 дней.

Конечно, заболевшие были и среди наших сотрудников, среди врачей. Мы им всем помогали, когда они лечились в городских больницах.

Чувство растерянности мы пережили, по-моему, только в самую первую неделю карантина: мы запаниковали, я тогда поседел совсем. Но потом взяли себя в руки и поняли, что можно работать. Конечно, большие расходы были на выполнение всех требований санэпидрежима. Хотя обороты у нас упали примерно на 60%, я платил зарплату вовремя, я сохранил всех людей, за время пандемии не уволил ни одного человека.

— Какой опыт вы приобрели в период весеннего подъема заболеваемости COVID-19 и что изменили в работе?

— Мы научились работать в критических ситуациях, мы научились соблюдать санэпидрежим, мы научились считать деньги, пересмотрели многие свои подходы к медицине, заполнили свои стационары уже в мае и уже к лету вновь нарастили обороты своих услуг. На 40% увеличили количество операций.

— Ваш холдинг присутствует на рынке уже 18 лет. Что вы можете сказать о развитии частной медицины за эти годы?

— В 2008–2010 годах мы организовали учебу наших врачей в Испании, изучали опыт испанской медицины в государственных и частных клиниках. В тот период мы приличноотставали.

Но в прошлом году мы принимали испанских медиков у себя. Я с гордостью показывал нашу клинику, наши филиалы. И теперь я думаю, что по прошествии десяти лет в некоторых направлениях мы лучше. У нас есть уникальное оборудование, которого нет у них. И наши врачи лучше. У нас очень много хороших врачей. Профессора, академики. У них свои кафедры в медвузах. У нас есть свой учебный центр с симуляционным отделением. Какая еще из частных медицинских клиник может похвалиться подобным?

— Кого вы считаете вашими главными конкурентами?

— У нас компания семейная, я никогда не ставил перед собой цели кого-то перегнать.

— Чем вы отличаетесь от других частных медклиник?

— Мы стремимся сохранять доступные цены. У нас на первом месте доступность для максимально широкого круга людей.

с23

здравоохранение

«Москва использует лучшие международные практики»

Пять лет назад был дан старт одного из самых необычных проектов правительства Москвы — Международного медицинского кластера (ММК) — с целью привлечения в Россию лучших клиник из разных стран мира. Их цель — обмениваться опытом с российскими коллегами, а главное — лечить российских пациентов. По словам **Ильдара Хайруллина**, генерального директора Фонда Международного медицинского кластера, проект заработает в полном объеме в 2028 году. А первая клиника ММК уже ждет своих пациентов.



ФОТО ПРЕДОСТАВЛЕНО ММК

— проект —

— Что такое сейчас Международный медицинский кластер?

— Международный медицинский кластер — социальный проект правительства Москвы, созданный с целью внедрения передовых технологий в здравоохранение и медицину Москвы и России. Речь идет о медицинской помощи, медицинской науке и медицинском образовании, с целью развития которых ММК привлекает в Россию лучшие зарубежные клиники, международные практики, создает условия для запуска научных исследований и разработки новых технологий, способствует обмену опытом.

В следующем году будет пять лет, как кластер начал свою работу. За это время была проделана колоссальная работа. Разработана концепция развития кластера, проведено масштабное роуд-шоу совместно с международной компанией BCG, идет строительство клиник.

Участниками ММК уже являются ведущие клиники мира, среди которых старейшая израильская клиника «Хадасса», технологичный южнокорейский госпиталь Bundang, французская клиника Clinea, Университетский госпиталь Страсбурга. Кроме клиник в ММК также появятся биотехнологическая лаборатория АФК «Система», Центр ядерной медицины, реализуемый совместно с «МедИнвестГрупп», Многофункциональный медицинский центр (ММЦ) — мы его называем «медицинский мол».

В 2023 году под эгидой ММК будут работать оба корпуса клиники «Хадасса», реабилитационный центр Clinea, биомедицинская лаборатория, «умный» госпиталь будущего, а апарт-отель и медицинский молл откроют свои двери для посетителей и участников. К 2028 году мы планируем реализовать проект ММК полностью, включая медицинскую, образовательную и научно-исследовательскую составляющие проекта.

— Медицинский молл — что-то совсем новое для России?

— Подобные моллы существуют в Европе, США. В России этот формат работы до поры не привлекал девелоперские компании, несмотря на явные достоинства такого типа организации работы как для клиник и инвесторов, так и для пациентов.

В нашем случае проект медицинского молла — ММЦ — разработан и утвержден, возведение объекта уже начато. Состав резидентов, безусловно, будет расширяться — особенность идеи медицинского молла заключается в том, что в нем размещаются клиники, для работы которых не требуются большие площади.

Нахождение в одном здании будет комфортным для всех участников ММЦ. Каждая клиника будет иметь свой вход, а адаптивные архитектурные решения здания позволят перепрофилировать любые части здания, не затрагивая работоспособность смежных частей. В рамках ММЦ клиники смогут увеличивать свои мощности, перепрофилировать и внедрять новые медицинские технологии.

Здание не будет похоже на привычную клинику: через всю длину здания будет проложен «променад», многоуровневый атриум и просторный холл, создающий ощущение молла, а не медицинского объекта. Плюс ко всему медицинский молл станет частью прогулочного маршрута по «исцеляющим» садам ММК.

Функционал медицинского молла будет организован по принципу совместного использования общих сервисов для клиник — лучевая диагностика, лаборатория, эндоскопия и др. Таким образом, для них снизятся операционные расходы, что сделает участие клиник в проекте ММК еще более привлекательным.

Проект медицинского молла, на наш взгляд, станет привлекательным для инвесторов, которые хотели бы принять участие в запуске небольших клиник площадью 1–2 тыс. кв. м, строительные и операционные расходы при этом будут не так велики, как если бы речь шла об инвестициях в строительство отдельно стоящих клиник площадью 20–30 тыс. кв. м.

— В одном из своих выступлений вы заявили о том, что кластер станет регуляторной песочницей для российского здравоохранения. Что вы имели в виду и есть ли уже примеры?

— Безусловно. Одним из ярких примеров стало тестирование на антитела против коронавируса. Наш первый участник израильская клиника «Хадасса» стала одной из первых медицинских организацией в России, где все желающие смогли пройти тестирование на антитела класса IgG и IgM против коронавируса. Для этого использовались тесты Novel Coronavirus (2019-nCoV) IgG/IgM Test Kit, поставленные из Сингапура, имеющие сертификацию, подтверждающую производство, соответствующее нормам безопасности в соответствии с требованиями Европейской экономической зоны. Именно федеральный закон 160-ФЗ позволил использовать тест, не дожидаясь его сертификации в России — в критической ситуации, связанной с пандемией, это было особенно важно.

— Как развивался проект Международного медицинского кластера в период пандемии?

— В пандемию международное сотрудничество и обмен опытом в рамках ММК стали особенно актуальны. Нами были организованы международные онлайн-конференции по обмену опытом по борьбе с пандемией COVID-19 с участием экспертов из Германии, Израиля, Франции, Китая, Южной Кореи, Швеции и России. Повестка конференций формировалась совместно с департаментом здравоохранения Москвы по запросам российских врачей из флагманских коронавирусных госпиталей. На мероприятиях обсуждались как клинические, так и организационные вопросы. Всего на конференциях выступило более 50 экспертов, в ней приняли участие более 8 тыс. слушателей. Судя по обратной связи, это было действительно полезно и важно.

Также мы создали выездной симуляционный центр с роботами-пациентами для отработки навыка сердечно-легочной реанимации на базе новой больницы МКЦИБ «Вороновское». Это было уникальное решение: симцентр был развернут буквально за несколько дней. За время работы больницы в нем было обучено около 400 врачей и медицинских сестер, особенно полезными были командные тренировки. Специально для этого наши инструкторы разработали клинический сценарий с особенностями течения коронавируса. В июле также был проведен международный круглый стол с участием экспертов из США (Johns Hopkins Medicine), Германии, России по симуляционному обучению, и мы убедились в том, что опыт мобильных симцентров эффективно используется и в других странах.

Эксперты Фонда ММК также подготовили четыре этапа сравнительной аналитики по антикоронавирусным мерам в различных странах мира (Китай, США, Великобритания, Израиль, Германия, Франция, Швеция, Италия, и др.) с демонстрацией и анализом мер, принимаемых в Москве в рамках борьбы с COVID-19. Можно с уверенностью сказать, что Москва использует лучшие международные практики по борьбе с коронавирусом. Успехи столицы в противодействии распространению коронавирусной инфекции отмечают и за рубежом.

— Каковы планы ММК?

— Мы продолжим привлекать новых участников. На подходе у нас заявки от двух французских компаний: клиники высокотехнологичной реабилитации «Сан Шарль» и онкологической клиники «Леон Берар». Ведем переговоры с рядом клиник из Германии, США, Италии, Испании и др. Готовятся заявки ряда биотехнологических компаний.

По инфраструктуре: мы будем активно строить наши объекты согласно плану. Особое внимание уделим созданию комфортной атмосферы в ММК. В пространстве кластера будут созданы «исцеляющие» сады, разработанные нашими специалистами в рамках проекта по облагораживанию территории кластера. В ММК будет создан ряд уникальных объектов благоустройства общей площадью порядка 12,5 га. Каскад мультисенсорных парков сформирует единую пешеходную озелененную зону, доступную для маломобильных групп населения. Эта среда станет самостоятельным объектом здравоохранения, способствующим не только охране здоровья, но также лечению и профилактике заболеваний при помощи природных факторов, искусства, общения, звуковых ассоциаций. При этом элементы благоустройства территории полностью согласуются с внутренним пространством зданий, перетекая в атриумы клиник, элементы архитектурных решений и отделки помещений.

— А в отношении образовательной деятельности ММК?

— В этом направлении следует отметить несколько моментов.

Во-первых, образовательную деятельность в России будут вести все участники кластера, иностранные клиники.

Во-вторых, кластер работает на особой территории, которая регулируется специальным федеральным законом 160-ФЗ. И на нашей территории действуют нормативы, протоколы, технологии тех стран ОЭСР, откуда приходят наши участники. Сначала нам нужно определиться с иностранным партнером по этому проекту — например, это может быть Страсбургский университет. И, конечно же, у нас должен быть здесь сильный российский партнер.

В-третьих, в настоящее время образование врачей находится в эпохе серьезных перемен. Была упразднена интернатура, по-новому определены возможности молодых специалистов в работе с пациентами. Медицинское сообщество в целях повышения эффективности подготовки выпускников к работе в системе здравоохранения поднимало вопрос об изменении государственного образовательного стандарта, увеличении времени на подготовку базовых профильных дисциплин на выпускных курсах.

В России хорошая база знаний о фундаментальных науках. Это главное и очень ценное качество российских специалистов. Но, к сожалению, практических навыков нашим специалистам часто недостает. По ключевым статистическим показателям качество медицинских услуг в России как минимум в два раза ниже, чем в странах ОЭСР.

Мы хотим изменить этот подход, а также увеличить важность повышения квалификации не только для карьеры, но прежде всего для самообразования, поскольку медицина быстро меняется.

Образование сегодня переживает процесс трансформации. Появляются новые практикоориентированные форматы — AR и VR-обучение, симуляционные программы. Кроме того, меняется в целом понятие медицинского работника. Появляются новые технологии, расшифровываются геномы, появляются новые исследования о взаимодействии, например, белковых структур и так далее, и необходимость осваивать принципиально новые технологии рождает новые профессии.

Первый МГМУ имени Сеченова выделил несколько новых направлений подготовки врачей, которые будут востребованы в будущем. Среди них есть, например, врач IT-медик, тканевый инженер и молекулярный диетолог. Это показывает, что появляются новые запросы, потребности, и необходимо выпускать на рынок профессионалов, которые понимают, как работать с новыми технологиями.

Мы бы хотели быть в авангарде всех этих новых трендов, хотели бы стать площадкой, «песочницей» не только для регуляторных моментов, но и в части образования, взращивания новых кадров, кадров для медицины будущего.

Записал Олег Трубецкой

УПРАВЛЕНИЕ ПАНДЕМИЕЙ

Ключевые факторы из опыта противостояния пандемии коронавирусной инфекции в разных странах.

Централизованная и гибкая система здравоохранения (возможность оперативного перепрофилирования госпиталей, возможность сохранения резервных мощностей).

Наличие квалифицированных управленческих кадров мобилизационного типа.

Наличие объемного коечного штата с возможностью быстрого расширения, а также всего необходимого оборудования (в данном случае респираторной поддержки).

Наличие квалифицированных кадров — врачей и сестринского персонала — с возможностью мобилизации дополнительных ресурсов, а также с возможностью географического перемещения обученных специалистов в неблагоприятные регионы.

Гибкая система оказания медпомощи легким и средним больным коронавирусом (например, на дому или в карантинных учреждениях, как, в частности, в Корее), широкая социальная информационная кампания и открытый диалог власти с обществом.

Социальная дисциплина и ответственное поведение населения.

Доступность СИЗ.

Высокий уровень медицинской культуры населения.

Важную роль играют международная кооперация, обмен опытом, наработками и подходами, размещение пациентов из других стран и поставки СИЗ.

Использование IT-технологий, что позволяет оперативно отслеживать потенциально опасные контакты и контролировать распространение вируса.

Система QR-кодов была введена в Москве, и она уже доказала свою эффективность в других странах. Вот только несколько примеров. Все жители Китая обязаны предъявлять QR-коды при перемещении по стране, при посещении общественных заведений. Приложение фиксирует всю информацию: откуда вы приехали, куда вы заходили, что вы покупали. В Южной Корее QR-коды временно создаются для посещения ресторанов, развлекательных заведений, салонов красоты, торговых центров. Информация о посещении хранится два дня. Если в течение этого времени фиксируется потенциальное нахождение рядом с зараженным, человеку направляется уведомление об этом с просьбой сдать тест.

Активно внедряются системы трекинга — в Германии, к примеру, работает Corona-Warn-App, сообщающая владельцам смартфонов о контакте с зараженным. В России с недавних пор можно скачать аналогичное приложение «Госуслуги. COVID-трекинг».

Кроме отслеживания контактов развиваются технологии для снижения количества контактов с больными: роботизация определенных процессов (измерение температуры, раздача лекарств), телемедицина. Мы видим, что в «Хадассе» за период пандемии количество телемедицинских консультаций с израильскими врачами выросло в несколько раз.

Записал Олег Трубецкой

«Ни одного отказа врачей или медсестер от работы в пандемию»

— конкуренция —

с22

Затем мы обеспечиваем комплексный подход в лечении пациента. У нас есть практически все специалисты и необходимое оборудование. Третий момент — уровень нашего сервиса. При прочих равных на конкурентном рынке частных медицинских услуг это, может быть, основная отличительная особенность наших клиник. С этой целью у нас работает служба клиентской поддержки, которая разбирает абсолютно все жалобы, конфликтные ситуации, связанные с пациентами. И у нас в клиниках принято здороваться с каждым пациентом.

— В Москве на частную медицину приходится сейчас примерно четверть оборота медицинских услуг. До какого уровня будет расти доля частной медицины?

— Я думаю, 20–30% — это оптимально. Государственная медицина быстро развивается.

— Частная медицина, ее развитие — это такой упрек в адрес государственной медицины?

— Противоречия нет. Частные клиники — для тех, кто хочет получить качественную медицинскую помощь без очередей, быстро. Например, в Испании, чтобы удалить миндалины в государственной клинике, по страховке, надо ждать в очереди около полугода, в частной клинике сделают операцию через пару дней.

Государству лучше сосредоточиться на развитии больниц и центров с высокотехнологичной помощью, которую не может себе позволить частная медицина.

Мы уже и сейчас лечим огромное количество людей. За год мы приняли около полумиллиона человек. То есть мы снимаем определенную социальную напряженность, уменьшаем очереди в государственных клиниках. Мы оттягиваем на себя людей занятых, работающих, которые ведут активный образ жизни, они не стоят в этих очередях, не мешают дедушкам, бабушкам.

— Почему вы не оказываете услуги по ОМС? Вся частная медицина идет по пути сотрудничества с государством в рамках ОМС.

— Мы сейчас прорабатываем возможность работы по ОМС в регионах.

— Какой у вас процент привлеченных врачей и сколько работают только в «СМ-Клинике»?

— 89% наших, 11% совместителей. Я стараюсь, чтобы как можно больше врачей оставались у нас на постоянной основе. Мы для этого делаем много. У нас большой социальный пакет для наших врачей и персонала. Мы базу отдыха купили на Волге. Создали все условия для дополнительного обучения и переобучения, после чего бесплатно сертифицируем специалиста.

От врачей в нашем деле зависит все: врачи — главные в лечении. И если мы не будем мотивировать их на то, чтобы они работали у нас, они будут уходить туда, где им лучше. Моя основная задача — создать такие условия для врачей, чтобы они могли работать, чтобы их ничто не отвлекало, чтобы они могли обеспечить качественное лечение пациентов и организовать лечебный процесс.

— По доходности какая часть приходится на поликлиническое обслуживание и на стационар?

— 73% приходится на поликлинику, и эта доля будет уменьшаться в пользу стационарного обслуживания. С таким расчетом, чтобы стало 50:50.

— Основные приоритеты «СМ-Клиники» по медицинским дисциплинам?

— Эндоваскулярная хирургия на сосудах сердца и других сосудах, то, что называется рентгенэндоваскулярная хирургия. Развиваем оперативную онкологию. Любую онкогинекологию, онкоурологию. Оперативную нейрохирургию. И андроурологию. Офтальмохирургию. Травматологию. Гинекологию. К нашим приоритетам относится и развитие лабораторно-поликлинического блока. Уже сейчас некоторые исследования мы делаем вдвое быстрее, нежели они делаются среднестатистически.

— Каковы критерии оценки деятельности врача в вашей клинике?

— Отсутствие или наличие жалоб от пациентов. Доля вторичных посещений. Средний чек за одно посещение пациента. Мы разбираемся и в тех случаях, когда за один прием пациент заплатил больше или меньше среднестатистического. Меня всегда настораживает большая сумма, потому что если врач назначил лишние исследования, второй раз пациент не придет.

— У врача есть план по цене среднего чека за посещение?

— Нет. У врача плана нет вообще. Но если врач не зарабатывает, мы начинаем анализировать, почему он не зарабатывает. Значит, не идут пациенты к нему. Если он принимает в день всего пять-шесть первичных, а вторичных посещений у него нет, мы с этим врачом начинаем работать. Что он делает не так? Мы не увольняем сразу, потому что уволить легко, а где набрать? Мы начинаем с ним заниматься, предлагаем подучиться.

Эффективность у многих наших врачей высокая. Текучка небольшая, обычно в первые полгода. Если сотрудник проработал полгода, редко уходит.

— Что для вас самое главное в работе как создателя, владельца и руководителя крупнейшего в Москве частного медицинского холдинга?

— Самое главное — это спасенные люди. Мои клиники посещают около 7 тыс. человек в сутки. Из них 90% — люди, которые уже лечились в наших клиниках. Этот показатель для меня — главная оценка деятельности моей компании.

Мне нравится, что я работаю с большим числом людей, у нас около 6 тыс. человек, которых я обеспечиваю достойной зарплатой и работой.

Мы лечим людей. Если мы это делаем хорошо, то будут и деньги. Наш приоритет — лечить людей, вот и все.

Холдинг оказывает широкий спектр амбулаторно-поликлинических услуг для взрослых и детей практически по всем видам медицинской деятельности. Основную долю, около 60%, в структуре занимают консультации и манипуляции специалистов поликлинического звена. Диагностический блок составляет 15% от предоставляемых услуг и включает в себя десятки методов диагностики, в том числе узкоспециализированные, например коронарографию, капсульную эндоскопию, суточную pH-импедансометрию пищевода и желудка, фиброэластографию печени и проч. Оперативное лечение по направлениям составляет около 11%. По всем клиникам около 7 тыс. посещений в день, более 500 тыс. было в 2019 году (в сравнении с 2018 годом рост на 25%). Соотношение первичных и повторных пациентов — 10% к 90%.

Беседовал Владислав Дорофеев

здравоохранение

Не только девушки

Повышение спроса на услуги пластических хирургов с наступлением пандемии отмечено во всем мире, и Россия не исключение. Весной спрос на услуги частных клиник повысился в среднем на 20% по сравнению с показателями прошлого года. Специалисты объясняют это явление, в частности, тем, что многих не устраивает их изображение в интернете, куда переместилась профессиональная жизнь миллионов людей.

— репортаж —



АЛЕКСАНДР МИРИДОНОВ

Во время пандемии вырос спрос на красоту



АЛЕКСАНДР МИРИДОНОВ

Работа пластического хирурга почти ювелирная



АЛЕКСАНДР МИРИДОНОВ

По числу специалистов по пластической хирургии Россия занимает восьмое место в мире

Ежегодный рост

На протяжении последнего десятилетия отмечается рост спроса на пластические операции примерно на 50% ежегодно. А в последние полгода интерес к ним растет особенно заметно. Пластические хирурги связывают это с желанием людей инвестировать в свой имидж.

Согласно отчету Международного общества эстетической пластической хирургии (ISAPS), самыми популярными операциями в 2018 году стали маммопластика (ее сделали 1,7 млн пациентов), липосакция (1,5 млн пациентов) и операция по подтяжке век (1,4 млн человек) и т. д. Мировые лидеры по количеству выполненных пластических операций — США, Бразилия и Китай. Чаще всего к пластическим хирургам обращались люди в возрасте 35–50 лет, им было сделано почти 2,9 млн операций.

По данным Vademecum, в 2017 году российские пластические хирурги выполнили почти 158 тыс. операций на общую сумму 12,3 млрд руб. Лидировала блефаропластика: 35 тыс. операций. Эта услуга дважды с 2015 года выходила на первое место по популярности.

«По расчету „ГидМаркета“, сделанному на основе данных Росстата, объем рынка пластической хирургии в 2019 году только в Москве и Подмосковье составил 7,5 млрд руб., увеличившись относительно предыдущего года на 2,3%»,— рассказал заместитель национального секретаря ISAPS кандидат медицинских наук Дмитрий Мельников.

По числу специалистов по пластической хирургии Россия занимает восьмое место, находясь между Индией и Мексикой.

Оборудование и расходные материалы для работы почти полностью закупают за рубежом. В операционной, где на наших глазах пересаживают подкожные клетки, используется, кажется, только один медицинский инструмент российского производства — канюля. Такие иглы по индивидуальному заказу клиники изготовили на одном из уральских предприятий. Отечественному производителю нечего предложить пластической хирургии в плане медицинских расходников, констатирует Дмитрий Мельников.

Под нож хирурга

Убедиться в росте спроса на услуги пластических хирургов можно, посетив одну из клиник в Москве. Пластический хирург Олег Ведров замечает, что наибольшее количество пациентов в текущем году он наблюдал в начале весны, и сейчас спрос вновь увеличивается. Вот и сегодня заполнены все операционные. В одной делают операцию блефаропластики женщине, в другой — медиальный лифтинг, в третьей, куда хирург и направляется, сделают липосакцию 38-летней субтильной блондинке, многодетной матери. Она попросила убрать с живота и внутренней поверхности бедер жир и пересадить на ягодицы. Это называется липофилинг ягодиц. Операция должна занять около двух часов.

Женщины (среди пациенток преобладают дамы в возрасте от 35 до 50 лет) чаще всего приходят к врачу с просьбой сделать маммопластику, блефаропластику или липосакцию. Мужчины обращаются в клинику реже женщин: их всего 20% от общего числа пациентов. Среди желающих сделать липосакцию далеко не все имеют избыточный вес, иногда под нож хирурга ложатся для того, чтобы убрать жир с определенных участков тела.

Бывают и постоянные посетители. В клинику часто обращается 45-летняя состоятельная женщина, за пару лет сделавшая липосакцию на разных участках тела, затем блефаропластику, коррекцию формы носа и губ.

Пациентка, к которой сейчас идет доктор, несколько месяцев назад ставила имплантаты в молочные железы. Она хотела еще сделать блефаропластику, но врач ее отговорил. «Желание пациента — это желание пациента, но все же, на мой профессиональный взгляд, блефаропластику ей делать не стоит, по крайней мере сейчас, и мне удалось ее убедить этом»,— объясняет Олег Ведров.

Работа почти ювелирная

В операционной все давно готово. Кроме двух медсестер врача ждут еще и трое студентов-медиков, которые будут наблюдать за операцией. Пациентка лежит на спине, она под общим наркозом, лицо закрыто полотенцем, на оголенном животе размечено, где именно предположительно находятся мышцы пресса. Жир будут снимать в течение пары часов. Перед операцией врач подобно рассказал пациентке, что будет делать во время операции. Врач и его ассистенты проделывают иглой несколько симметричных отверстий на животе женщины и вводят туда через канюлю 20-сантиметровую толстую иглу с многочисленными отверстиями на конце, раствор для размягчения подкожной клетчатки. После этого операцию прерывают на полчаса.

Затем хирург устанавливает на каждое отверстие на животе порт, вновь вводит туда по очереди канюлю, совершая на первый взгляд очень простые движения. Но работа эта почти ювелирная: вводить канюлю в пространство между мышцами и кожей нужно строго горизонтально, чтобы не попасть в мышцу.

Подкожный жир разбивают вайзером, ультразвуковым инструментом, на фракции, и чем меньшего размера они будут, тем проще их будет откачивать и фильтровать. В среднем на ягодицы для получения нужного эффекта хирургу может потребоваться от 500 до 2500 мл жировой ткани, филлера (наполнителя). Чтобы сформировать такой объем, необходимо взять у пациентки вдвое больше жировых клеток. Прежде ягодицы увеличивали филлерами гиалуроновой кислоты, но сейчас хирурги ее почти не используют из-за недолговечности, высокой стоимости и риска осложнений.

Полдела сделано, медики производят автоматическую откачку жировой ткани с живота женщины. Видно, как по пластиковым трубкам идет густоватое вещество и постепенно наполняет мензурку: за полчаса удается откачать почти 1,5 л красноватого вещества, который очистят от кусочков жира, прежде чем пересадить на ягодицы. Параллельно хирург нажимает на косые мышцы живота, проверяя, весь ли жир отслоился: обычно его убирают очень тщательно. После этого живот несколько дней будет представлять собой один большой синяк.

Длительность эффекта от пластических операций, по словам хирургов, зависит от множества факторов. Эффект операции медиального лифтинга может сохраняться 10–12 лет. Такую операцию в соседнем зале проводил хирург Владимир Плахотин. Его пациентка, дама средних лет, попросила сделать подтяжку овала лица, подбородка, шеи. Женщина лежит на спине и находится под общим наркозом, голова повернута влево, так что видно только правое ухо, по обе стороны которого сделаны надрезы, кожа на виске оттянута. «Кожа легла без натяжения, то есть рубцов надрезы не оставят, через пару дней их не будет вообще»,— говорит хирург.

Вопреки демпингу

Приказ федерального Минздрава от 31 мая 2018 года №298н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „пластическая хирургия“» ужесточил требования к частным клиникам. Проводить операции могут только сертифицированные пластические хирурги. При обращении к пластическому хирургу пациент имеет право на консультацию терапевта, невролога, педиатра, а также гинеколога, уролога, дерматовенеролога, отоларинголога. Обеспечить такие консультации должны сами клиники пластической хирургии. Приказ обязывает клиники оборудовать реанимационную палату и ночной стационар, располагать оборудованием для круглосуточного проведения рентгендиагностики, маммографии и др.

Цены на услуги растут. По словам Олега Ведрова, повышение цен неизбежно, поскольку необходимо постоянно учиться, подтверждать и повышать свою квалификацию, а стоимость учебного курса для пластического хирурга составляет в среднем 300 тыс. руб.

«Многие врачи демпингуют, стараясь привлечь клиентов, но лично я регулярно повышаю квалификацию, инвестирую в свое образование, поэтому мне демпинговать смысла нет»,— замечает Олег Ведров.

Выучиться на пластического хирурга можно, например, в Медицинском институте Российского университета дружбы народов, на факультете фундаментальной медицины МГУ, в Первом Московском государственном медицинском университете им. И. М. Сеченова, на медицинском факультете Национального исследовательского ядерного университета и в других медицинских вузах.

Анна Героева

Тематическое приложение к газете «Коммерсантъ» («Здравоохранение»). Учредитель: АО «Коммерсантъ». Адрес: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 41. | **Владимир Желонкин** — генеральный директор АО «Коммерсантъ», главный редактор | **Сергей Вишневский** — руководитель фотослужбы | **Рекламная служба:** Тел. (495) 797-6996, (495) 926-5262 | **Владимир Лавицкий** — директор «Издательского синдиката» | **Владислав Дорофеев** — выпускающий редактор | **Ольга Еременко** — редактор | **Сергей Цомык** — главный художник | **Екатерина Липатова, Ольга Голикова** — фоторедакторы | **Екатерина Бородулина** — корректор | **Адрес редакции:** 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10, блок С. Тел. (495) 797-6970, (495) 926-3301 | Ограничение: 16+