3

Тематическое приложение к газете **Коммерсантъ**

Здравоохранение

Вторник 26 октября 2021 №195 (7157 с момента возобновления издания)

kommersant.ru



14 | Постковидный синдром нуждается в лечении. Теперь это официальная позиция ВОЗ

16 | Почему с ростом доходов фармкомпаний падает доступность лекарств

20 | Девятый ежегодный рейтинг взрослых и седьмой ежегодный рейтинг детских частных стоматологических клиник России

Четвертая волна

Мир живет в условиях третьей волны пандемии коронавируса, а Россию захлестывает четвертая. У нас уже превышены пики и второй, и третьей волн по заболеваемости и смертности, и кривая продолжает ползти вверх. При этом Россия находится на 92-м месте в мире по числу привитого населения.

— эпидемия —



В текущем октябре наша страна установила два новых печальных рекорда — по заболеваемости и смертности от COVID-19

АЛЕКСАНДР КАЗАКОВ

Особый статус

В октябре наша страна установила два новых рекорда — по заболеваемости и смертности от коронавируса. Впервые за время пандемии за сутки в России зарегистрировано 35 660 заражения и 1 072 смертей. Общее число зараженных выросло до 8 241 643, смертей — до 230 600 (на 24 октября 2021 года). И рост продолжается. Денис Проценко, главврач московской больницы №40 в Коммунарке, принявшей в начале 2020 года первых больных COVID-19, оценил ситуацию как «близкую к критической». Такой поворот прогнозировала только математическая модель, созданная учеными из Российского федерального ядерного центра — Всероссийского научно-исследовательского института технической физики имени академика Е. И. Забабахина, получившая высокую оценку на международном уровне.

Принимавший участие в разработке этой модели в качестве консультанта-вирусолога профессор Эдуард Карамов, завлабораторией иммунохимии Института вирусологии им. Д. И. Ивановского ФГБУ «НИЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава РФ, завлабораторией физиологии вирусов №52 ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА РФ, считает, что одной из причин нового подъема стало изменение штамма вируса, имеющего другие биологические особенности: если репродуктивное число уханьского штамма было менее 2,5, британского — 3, то у «дельты» оно превышает 4. То есть вначале один больной заражал примерно двух человек, а сейчас — вдвое больше.

За полтора года пандемии в мире инфицированы 243 млн 354 тыс. 428 человек (по состоянию на 23 октября 2021 года), свыше 4 млн 943 тыс. 926 человек умерли.

Что же касается «особого статуса» нашей страны, то его причина совершенно очевидна. Достаточно посмотреть на мировую статистику вакцинации. В небольших странах — Мальте, Португалии, Катаре — привиты от 85% до 95% населения. Ненамного меньше и в ряде крупных стран: в Испании — 80%, Китае — 77%, Канаде — 75%, Великобритании — 72%, Италии — 69%, Франции — 68%, Германии — 66%, Японии — 63%, Турции — 58%.

Россия с ее 32,39% находится на 92-м месте в мире по охвату населения вакцинацией (по состоянию на 22 октября 2021 года), и за этими цифрами стоит не только число заболевших и получивших вследствие этого тяжелейшие осложнения, но и беспрецедентное число умерших. Причем если вначале умирали люди старше 65 лет, имевшие ряд других заболеваний, то сейчас зачастую — молодые и здоровые.

Несмотря на это, среди населения по-прежнему превалирует мнение, что естественный иммунитет лучше иммунитета, возникающего после вакцинации (судя по опросу, проведенному компанией Bayer совместно с Национальным обществом профилактической кардиологии и НМИЦ кардиологии, в это верят 53% респондентов), хотя мало кто задумывается, какие осложнения несет это заболевание и как оно может протекать. Распространенным стереотипом является убеждение о вреде прививок для пациентов с сердечно-сосудистыми, эндокринологическими заболеваниями и т. п.

Однако, по утверждению генерального директора НМИЦ кардиологии, главного внештатного специалиста-кардиолога Минздрава России по Центральному, Уральскому, Сибирскому и Дальневосточному федеральным округам Сергея Бойцова, «предполагаемые побочные реакции на прививку не сравнятся с реальными рисками и возможным тяжелым течением инфекции, особенно у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями». А заместитель директора НМИЦ эндокринологии, директор Института диабета Марина Шестакова подчеркивает: «Люди с диабетом составляют повышенную группу риска заболеваемости коронавирусом».

«То, что сейчас происходит с вакцинацией, показывает незрелость нашего гражданского общества»,— считает Эдуард Карамов. По его словам, в поддержку вакцинации должны включиться наряду с работниками здравоохранения и СМИ политические, общественные, религиозные организации. Пока же, отмечает он, бал правят антипрививочники, которые используют все методы вплоть до фальсификаций.

По мнению специалистов, именно вакцинация остается ключевым компонентом профилактики COVID-19.

Входные ворота

В мире сейчас ведутся клинические исследования 115 вакцин и доклинические —190. Разрешение ВОЗ есть пока всего у шести: это две РНК-вакцины (Pfizer/BioNTech и Moderna), две аденовакцины (AstraZeneca и Johnson & Johnson с участием Janssen) и две на основе «убитого» вируса — Sinovac Biotech и Sinopharm Group Co., Ltd.

В России получили регистрационные удостоверения Минздрава пять вакцин: «Спутник V» и «Спутник Лайт», первый и второй варианты «ЭпиВакКороны» и «КовиВак». При этом первый вариант «ЭпиВака» из оборота выведен.

Российские ученые работают над созданием новых вакцин. В середине октября в НИИ гриппа им. А. А. Смородинцева в рамках I–II фаз клинических исследований первые пациенты привиты субъединичной рекомбинантной вакциной нового поколения «Бетувакс-КоВ-2», созданной на основе сферических частиц, содержащих поверхностный антиген (белок) коронавируса. Очень перспективными специалисты считают назальные вакцины, сразу попадающие в так называемые входные ворота возбудителя. Разработкой таких вакцин, которые к тому же нацелены на профилактику двух заболеваний — коронавирусной инфекции и гриппа, занимаются сейчас ученые НИЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи и НИИ гриппа им. А. А. Смородинцева.

Несмотря на то что в прошлом эпидсезоне случаев гриппа зарегистрировано совсем немного, специалисты утверждают: этот вирус в его естественных резервуарах — среди птиц и животных — по-прежнему циркулирует очень активно.

с 15

Женский вопрос

— клиника —

По данным за 2018 год, в России из 39,1 млн женщин детородного возраста 6 млн были бесплодны. Прогнозы социологов, демографов, врачей и экономистов говорят о том, что в ближайшие годы доля бездетных женщин в России (сейчас 8%), несмотря на принимаемые государством меры стимулирования рождаемости, может увеличиться, приблизившись к среднеевропейскому уровню — 15%. По критериям Всемирной организации здравоохранения такой показатель бесплодных браков является критическим и серьезно влияет на демографическую ситуацию в стране.

В условиях пандемии

По данным исследования «Индекс женского здоровья-2021», проведенного совместно ВЦИОМом и компанией «Гедеон Рихтер», в условиях пандемии 29% пациенток гинеколога переносили прием на несколько недель, 42% — на несколько месяцев, а 10% до врача так и не дошли. В совокупности это 81% женщин, у многих с большой степенью вероятности могли появиться какие-то проблемы, которые не лучшим образом скажутся на их здоровье в целом и фертильной способности в частности.

Врачи встревожены такими цифрами, которые подтверждаются их практическими наблюдениями. Женщины в возрасте до 40–45 лет в условиях пандемии почти перестали посещать гинеколога регулярно с профилактической целью, а обращаются к специалистам уже с конкретными проблемами.

Автор провела небольшой блицопрос среди знакомых женщин в возрасте от 27 до 38 лет, большинство из них пока не имеют детей, а некоторые и не замужем. Каждая вторая задумалась, вспоминая дату последнего визита к гинекологу, и оказалось, что у многих он был еще до пандемии.

То есть негативная тенденция снижения внимания женщин к собственному здоровью сложилась не в последние полтора года, которые мы живем с коронавирусом. Тренд наметился много раньше, а пандемия с ее ограничениями, в том числе на доступ к медицинской помощи, и страхами лишь обострила проблему. «На фоне появления все новых штаммов COVID-19 демографические показатели достигли критических отметок, существенно выросла материнская смертность, продолжают ухудшаться соматическое и репродуктивное здоровье женщин»,— сообщил коллегам Виктор Радзинский, доктор медицинских наук, профессор, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, на XV общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», проходившем в начале сентября в Сочи.

По мнению профессора Радзинского, есть две главные причины ухудшения репродуктивного здоровья женщин — ожирение и анемия. С ними спокойно живут годами тысячи женщин и ни на что не жалуются, но потом лишние килограммы и дефицит железа приводят к тому, что у недообследованной пациентки развиваются патологии и она не может забеременеть.

В идеале каждая женщина репродуктивного возраста должна посещать гинеколога два раза в год или хотя бы один. Это тот профилактический минимум, который нужен, чтобы выявлять проблемы как можно раньше и лечить их эффективно. Но в последние годы женщины (не все, конечно, но довольно большая их часть) решили, что плановые обследования им не нужны, и стали обращаться к гинекологам лишь с конкретными жалобами, когда проблемы уже трудно игнорировать.

«Есть патологические процессы, протекающие бессимптомно, и женщина считает, что она здорова, раз ее ничто не беспокоит. Проблемы обнаруживаются или когда женщина задумывается о рождении ребенка, или когда она уже забеременела,— рассказывает Марина Нагайцева, врач акушер-гинеколог Алтайского краевого клинического перинатального центра (Барнаул).— Я часто говорю молодым врачам: акушер-гинеколог должен бежать впереди паровоза, чтобы выявлять проблемы как можно раньше, еще до клинических проявлений, и действовать превентивно. Для этого существуют специальные клинические протоколы прегравидарной подготовки — когда будущую маму тщательно обследуют на предмет выявления спящих проблем в организме, хронических заболеваний еще на этапе планирования беременности. Но, к сожалению, сами пациентки игнорируют врача, пока у них реально что-то не заболит. Нередко к нам попадает уже беременная женщина с реальными проблемами, которые мы начинаем экстренно решать, и время для этого сильно ограничено — как правило, первым триместром».

Средний возраст

«Еще три десятилетия назад было нормально, что женщина рожала в 24–25 лет. Сейчас же ловлю себя на том, что, когда ко мне приходят планировать беременность и обращаются с вопросом деторождения женщины до 30, меня это удивляет. Даже у врачей в голове произошло смещение, хотя мы, специалисты, понимаем, что оптимальный период для рождения первого ребенка — до 29 лет»,— признается Ирина Кузнецова, гинеколог-эндокринолог, доктор медицинских наук, профессор, советник директора Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Минздрава РФ.

Средний возраст первых родов перевалил во многих российских регионах за 30 лет, и дальше будет только хуже, пессимистично настроена главный врач Волгоградского областного клинического перинатального центра Татьяна Веровская. Моей коллеге Екатерине 32 года, и о детях она пока не думает, хотя вышла замуж год назад.

с 18

Доплаты за риски

— регламент —

В начале 2022 года в семи российских регионах будет запущен пилотный проект новой системы оплаты труда медицинских работников. Пандемия вынудила правительство и региональные власти срочно решать вопрос о зарплатах и компенсациях врачам, фельдшерам, медсестрам, медбратьям и санитарам за работу в «красных зонах» в тяжелейших условиях с высочайшим риском.

Антиковидные выплаты

Размер и порядок специальных социальных выплат медицинским и другим сотрудникам за работу в условиях пандемии сейчас регулируются постановлением правительства РФ от 30 октября 2020 года №1762 «О государственной социальной поддержке в 2020–2021 годах медицинских и иных работников медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь (участвующих в оказании, обеспечивающих оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинских работников, контактирующих с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и признании утратившими силу отдельных актов правительства Российской Федерации». Документ определяет, кому, сколько и как платить в период с 1 ноября 2020 года по 31 декабря 2021 года. Судя по ухудшающейся эпидемической ситуации в стране, в конце нынешнего года должно появиться следующее постановление, и выплаты всем медицинским и другим работникам, оказывающим помощь пациентам с коронавирусом, будут продолжены.

Материальные выплаты полагаются как сотрудникам, непосредственно занимающимся диагностикой и лечением новой коронавирусной инфекции, так и тем, кто не оказывает медицинскую помощь по диагностике и лечению, но контактирует с пациентами с установленным диагнозом «COVID-19» при выполнении должностных обязанностей.

В июне президент России заявил, что в период пандемии выплаты уже получили почти 1,2 млн работников системы здравоохранения. На эти цели, по словам главы государства, к тому моменту было направлено 350 млрд руб.

Фактические суммы

Как же распределяются выделяемые из федерального бюджета деньги?

Выплаты медработникам производятся ежемесячно, рассчитываются как сумма специальных социальных выплат из средств Фонда социального страхования (ФСС) за фактическое число отработанных нормативных смен в календарном месяце и поступают напрямую на лицевые счета работников в установленном порядке. Для этого медицинские организации каждый месяц (не позднее 10-го числа) направляют в территориальный орган ФСС реестр работников, имеющих право на получение выплаты.

С 1 апреля по 31 октября 2020 года в соответствии с предыдущим постановлением правительства РФ от 12 апреля 2020 года №484 за счет федерального бюджета производились ежемесячные стимулирующие выплаты медицинским и другим работникам, непосредственно участвующим в оказании помощи пациентам с коронавирусом: в стационарах врачам, среднему и младшему медперсоналу — 80 тыс., 50 тыс. и 25 тыс. руб. соответственно, на скорой помощи врачам — по 50 тыс. руб., среднему и младшему медперсоналу, водителям — по 25 тыс. руб.

С 1 ноября 2020 года в соответствии с постановлением правительства РФ от 30 октября 2020 года №1762 система выплат немного изменилась. «Размеры федеральных специальных социальных выплат установлены за одну нормативную смену и зависят от категории работника, профиля медицинской организации, степени участия в оказании медицинской помощи»,— пояснили в департаменте здравоохранения Москвы.

Выплаты ранжируются в зависимости от должности, получают их не только врачи, но и медсестры, медбратья, санитары, администраторы и другие сотрудники, занятые с коронавирусными пациентами. Так, врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу выездных бригад скорой медицинской помощи положено по 2430 руб., 1215 руб., 950 руб. соответственно за одну нормативную смену, фельдшерам (медицинским сестрам) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам — 600 руб. за смену.

Такие же суммы выплат с таким же ранжированием по статусу установлены для медработников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторно (в поликлиниках и КДЦ), и для тех врачей, среднего и младшего медперсонала, кто не оказывает медпомощь, но контактирует с пациентами с COVID-19 при выполнении должностных обязанностей.

Водители машин скорой помощи и члены летных экипажей санитарной авиации при осуществлении эвакуации пациентов с COVID-19 получают доплату в 1215 руб. за смену.

Выплаты за работу в ковидных стационарах, патологоанатомических бюро и отделениях, проводящих патологоанатомические исследования, связанные с COVID-19, существенно выше: врачи и медработники с высшим (немедицинским) образованием получают 3880 руб. за смену, средний и младший медперсонал — 2430 руб. и 1215 руб. соответственно. Доплату наравне с врачами также получают медработники с высшим (немедицинским) образованием, занятые в работе медучреждений и их подразделений, оказывающих помощь больным с коронавирусом. Студенты, трудоустроенные в медицинские организации на должности медработников, получают зарплату, в том числе стимулирующие выплаты за COVID, соответствующие их должности.

с 16

здравоохранение

«В условиях военного времени»

Почему не лекарства, а вакцины являются основным средством борьбы с новым коронавирусом, рассказывает **Никита Ломакин**, заведующий отделением неотложной кардиологии Центральной клинической больницы управления делами президента РФ, руководитель клинических исследований ряда противоковидных лекарственных препаратов и первой фазы клинических исследований вакцины «Спутник V» на популяции высокого риска — лиц старше 60 лет.



АЛЕКСАНДР БАЛАКИН

— испытания —

● *Международные требования и стандарты доклинических и клинических испытаний (КИ) лекарственных препаратов регламентируют и контролируют государственные структуры: Росздравнадзор (Россия), EMA (Евросоюз), FDA (США). Стандарты КИ есть на ресурсах EMA и FDA. На сайте Государственного реестра лекарственных средств в разделе «Клинические исследования» есть перечень всех проводимых в России КИ, а также сроки всех фаз испытаний. КИ могут быть сверхкороткими (несколько месяцев), а могут длиться годами. Все зависит от целей, которые ставятся. Препарат для неотложной медицины должен эффективно снижать госпитальную летальность. Это короткий протокол — 10–15 дней. Кардиопрепарат, предназначенный для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, исследуют от одного до трех лет и более. Обычно с момента разработки молекулы до выхода препарата на рынок проходит 10–15 лет. При этом большая часть молекул отбраковывается на разных этапах исследований.*

— Какой путь до выхода на рынок проходят вакцины?

— По-разному бывает. Если речь идет о хроническом заболевании (к примеру, гепатиты B и C), то есть достаточно времени на разработку и внедрение вакцины. С острыми ситуациями сложнее. С приходом COVID-19 во всем мире наступил кризис доказательной медицины. Все инструменты, с которыми мы привыкли работать и с помощью которых выводили препараты на рынок, оказались неэффективны. Нет времени для полномасштабных КИ, поэтому во всем мире были максимально сокращены первые фазы на добровольцах, а вторые и третьи фазы объединены — даже с риском для безопасности. Вакцины регистрировались и выводились на рынок до окончания КИ, поскольку предварительные данные говорили об их эффективности.

— Откуда такая уверенность, если КИ существенно сокращены?

— Комитет по мониторингу данных ежедневно подавал регулятору (FDA, Минздрав) данные КИ. В определенный момент появилась статистическая достоверность: стало видно, что в группе, получающей препарат, число осложнений и летальность меньше, чем в группе плацебо. И это уже основание для вывода препарата на рынок. Но такое возможно только в условиях «военного времени».

— По данным ВОЗ, летальность от COVID-19 — в районе 2%. Не избыточны ли принимаемые меры? Не превышены ли риски?

— Когда речь идет об инфекциях, имеет значение не только степень летальности, но и степень контагиозности (заразности). Допустим, летальность COVID-19 и гриппа одна и та же, к примеру 10%, но заразность COVID-19 значительно выше. Если в семье десять человек и эта семья столкнется с вирусом гриппа, то заболеют только два-три человека. А шанс того, что в семье кто-то умрет, стремится к нулю. Если в той же семье кто-то заболел COVID, из десяти членов семьи рано или поздно переболеют все, а значит, один член семьи умрет. Поскольку COVID-19 очень заразен, критична и катастрофична не относительная летальность, а абсолютная. В отсутствие иммунизации большинство населения переболеет им, и смертность может быть довольно высокой. Отличие COVID от многих инфекций еще и в том, что с течением времени его патогенность не уменьшается, а растет.

Летальность COVID-19 и гриппа — одна и та же, но заразность COVID-19 значительно выше. И отличие COVID от многих инфекций еще и в том, что с течением времени его патогенность не уменьшается, а растет

— Рост патогенности проявляется в увеличении смертности?

— Увеличивается частота осложнений: от уханьского штамма она ничтожна по сравнению с числом осложнений от штамма индийского.

— Как врачи понимают, с каким штаммом — уханьским или индийским — они имеют дело?

— И наша клиника, и центры Роспотребнадзора проводят такие анализы. Берется срез в единицу времени. Во время очередной вспышки взяли анализы у сотни из нескольких тысяч госпитализированных, и оказалось, что в 60% случаев мы имеем дело с индийским штаммом. Эти данные можно экстраполировать на всю группу.

— Индийский штамм пришел в Россию только этим летом. Как смогли так быстро проанализировать побочки?

— Этим регулярно занимаются Минздрав, Роспотребнадзор, главный внештатный инфекционист Минздрава, а также Совет экспертов, в который входят ведущие специалисты: эпидемиологи, вирусологи, инфекционисты, кардиологи. Они собирают, обсуждают эти данные, затем включают их в единый документ — «Временные методические рекомендации Минздрава по коронавирусной инфекции», в котором излагается ситуация в целом по стране и корректируются методы диагностики и лечения. За последний год «Временные рекомендации» были пересмотрены 11 раз.

— Коронавирус быстро мутирует. Вакцинированные против уханьского штамма заболевают индийским. Есть ли смысл в вакцинации? Может, лучше разработать лекарство?

— В борьбе с COVID-19 наука пошла по всем направлениям, включая лекарственную терапию. Мы используем много разных, в том числе западных, препаратов, но они не оправдали ожиданий на 100%. Эффективной противоковидной терапии сегодня в мире не существует. Есть патогенетическая терапия для профилактики осложнений, некоторые ее компоненты работают. Но это не совсем то, что нужно. Идеальная задача — подавить репликацию (размножение) вируса и уничтожить его. Пока мы не можем уничтожить вирус, у части больных будут возникать жизнеугрожающие состояния. Мы, конечно, боремся с ними, но пока недостаточно эффективно. Патогенетическая терапия находит отклик далеко не у всех пациентов. Нашим центром уже проведено более 20 клинических исследований российских, американских, немецких, корейских и других противоковидных препаратов. В фазе клинических исследований — перспективный американский препарат. Наша задача — найти подходящее лекарство. Но пока это вопрос будущего. Поэтому сегодня основные надежды приходится возлагать на вакцины. И хотя появляются новые штаммы, которые действительно различаются, различаются они не радикально. Только качественное изменение спайк-белка, с помощью которого вирус присоединяется к клетке хозяина, сделает существующие вакцины неэффективными.

Идеальная задача — подавить репликацию (размножение) вируса и уничтожить его. Пока мы не можем уничтожить вирус

— В Израиле, где привито около 80% населения, наблюдается всплеск заболеваемости индийским штаммом. В нашей стране вакцинированные тоже заболевают. Получается, что произведенные в сжатые сроки вакцины оказались неэффективны?

— Говорить, что вакцины неэффективны против новых штаммов коронавируса, преждевременно, потому что у нас нет таких данных. В нашем центре я руководил первой фазой клинических испытаний вакцины «Спутник V» на популяции высокого риска — лиц старше 60 лет. Последняя вакцинация закончилась в конце 2020 года. И заболеваемость в этой группе по-прежнему крайне низка — чуть более 10%, а летальность пока равна нулю. Это говорит о том, что, несмотря на появление новых штаммов вируса, вакцина остается эффективной. Если в будущем ситуация изменится, придется принимать какие-то новые меры, но пока я не вижу в этом необходимости.

— Когда «Спутник V» только вышел на рынок, в инструкции был перечень противопоказаний — больше десяти пунктов: онкологические, аутоиммунные заболевания, астма и целый ряд других состояний, включая беременность и детский возраст. В последних рекомендациях все это уже не является противопоказаниями.

— Исследования продолжаются, данные накапливаются. И если в начале исследований не было данных о том, что вакцина, к примеру, безопасна при онкологии, то в процессе ее использования эти данные могли накопить и, соответственно, внести определенные коррективы. Временные методические рекомендации учитывают всю эту информацию для специалистов.

— Не меньше вопросов вызывает и то, что наличие антител у переболевших не является противопоказанием к вакцинации, смысл которой в выработке этих же антител.

— После перенесенного заболевания вырабатываются антитела, но с течением времени они угасают, поэтому и предлагается вакцинация. При этом есть масса нюансов: бывает суммарный титр антител, есть антитела к спайк-белку, есть клеточный иммунитет.

— Значит, перед вакцинацией нужно проводить анализ на титр антител и только после этого вакцинироваться?

— Есть популяционный подход к медицине, когда мы лечим всех одинаково в целях экономии ресурсов, и индивидуальный подход, когда мы хотим выжать из медицины все для достижения максимального эффекта. В любой стране подход нужен взвешенный, чтобы, экономя ресурсы, достичь максимального эффекта. Опыт ряда стран показывает, что если перед вакцинацией проводить исследования на антитела всем подряд и на этом основании принимать решения, то не удастся максимально быстро получить достаточно большую иммунную прослойку населения.

Беседовала
Светлана Лебедева

ДВОЙНЫЕ СЛЕПЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стандарты клинических исследований фармацевтических и иммунобиологических препаратов включают доклинические стадии и несколько клинических стадий. Доклиническими испытаниями занимаются крупные фармкомпании.

Сначала разрабатывается компьютерная модель молекулы, создается экспериментальный препарат, затем проводятся его химические исследования. Следующий этап — исследования на биологических моделях: мышах, кроликах, приматах. Если на животных моделях доказана безопасность и потенциальная эффективность препарата, переходят к клиническим исследованиям (КИ) на пациентах в лицензированных стационарах. Первая фаза КИ проходит на здоровых добровольцах (до сотни человек), их участие оплачивается. На этом этапе испытывают безопасность препарата, его переносимость, побочные эффекты, исследуют концентрационные кривые. На II фазе КИ препарат испытывают на людях, имеющих заболевание, для лечения которого препарат разрабатывался. При этом изучают фармакокинетику и фармакодинамику препарата: насколько хорошо он усваивается организмом, насколько быстро достигается нужная концентрация препарата в крови. При этом большое внимание уделяется безопасности и эффективности. III (главная) фаза КИ включает максимальное число больных, которое зависит от тяжести заболевания. Если на 1 тыс. пролеченных больных умирает один, в исследование включают десятки тысяч пациентов. Если заболевание опасное и частота летальных исходов высока, количество участников исследования обычно меньшее. Статистическая достоверность рассчитывается для так называемых твердых конечных точек (клинически значимых данных). При этом требуется доказать, что препарат эффективен и безопасен. Исследователям нужно получить данные, свидетельствующие о том, что в группе испытуемых, которые получают препарат, условно умрет меньше больных, чем в группе плацебо. КИ должны быть рандомизированными, то есть максимально объективными. Чтобы исключить все субъективные факторы, применяется искусственный интеллект, который, используя электронную базу пациентов, без ведома исследователя проводит рандомизацию и определяет, что выдать больному №1 — пустышку или исследуемый препарат. При этом ни исследователь, ни больной не знают, что он получает. Только такие двойные слепые исследования принимаются во внимание при регистрации фармпрепаратов. Все эти данные контролируются независимыми комитетами мониторинга данных, куда входят ведущие эксперты по данному направлению, и независимыми компаниями-мониторами. Финальные данные направляются регулятору (Росздравнадзор РФ, EMA, FDA), который проверяет их чистоту и достоверность, и компании-спонсору исследований. И те и другие имеют право проводить аудиторские проверки КИ в целом, а также отдельных центров, в нем участвующих. Если все соответствует международным критериям, данные КИ принимаются и становятся основанием для получения регистрационного удостоверения нового препарата.

Дышите нормально

— синдром —

Очередной рост заболеваемости новой коронавирусной инфекцией не единственный вызов здравоохранению. В начале октября Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала, что постковидный синдром не просто остаточное явление после болезни, а серьезное состояние. Реабилитация больных, перенесших COVID-19, — новая ветвь исследований и поисков эффективной терапии.

На особое состояние пациентов после COVID-19 врачи обратили внимание еще в конце 2020 года — тогда в международную классификацию болезней (МКБ-10) были внесены временные коды. Летом 2021 года центры профилактики и контроля заболеваний США (CDC) опубликовали обзор, подробно описывающий состояние, названное «долгим COVID-19».

Теперь есть и определение ВОЗ: состояние после COVID-19 возникает у людей после вероятной или подтвержденной инфекции SARS-CoV-2, обычно через три месяца от начала COVID-19 с симптомами, которые длятся не менее двух месяцев и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. Общие симптомы включают усталость, одышку, когнитивную дисфункцию и др.



КРИСТИНА КОРМИЛИЦЫНА

ВОЗ признала, что постковидный синдром не просто остаточное явление болезни, а серьезное состояние, которое нуждается в лечении и реабилитации

Постковидный синдром только описан, но нет единого подхода к облегчению состояния пациентов, у которых он наблюдается. В рекомендациях по ведению пациентов с новой коронавирусной инфекцией в амбулаторных условиях в острой фазе и при постковидном синдроме, выпущенных Московским городским научным обществом терапевтов, говорится о необходимости медленно расширять физическую активность, по показаниям делать дыхательную гимнастику, избегать инсоляции.

Между тем, по словам главного внештатного специалиста-пульмонолога Уральского федерального округа Галины Игнатовой, даже у пациентов с легкой стадией COVID-19 после улучшения состояния и выписки из больницы существует риск дальнейшего прогрессирования фиброза легких: «Наша цель как медицинских работников — уменьшить и предотвратить развитие легочного фиброза».

Этому вопросу в журнале Pharmaceuticals посвящена отдельная статья. В публикации делается обзор исследований препаратов, которые могут применяться при постковидном синдроме. В числе 12 исследований упомянуто и российское. В 2021 году компания «Петровакс» завершила наблюдательное исследование Dissolve. Его цель — сравнить две группы взрослых пациентов после COVID-19 с осложнениями на легкие: в одной применялся препарат лонгидаза (МНН бовгиалуронидаза азоксимер), в другой — нет. Сейчас препарат используется для лечения и профилактики заболеваний, сопровождающихся гиперплазией (излишним ростом) соединительной ткани, в том числе на фоне воспалительного процесса. Уже известно, что COVID-19 вызывает изменения соединительной ткани легких. Именно поэтому началось исследование лонгидазы. Первые итоги показали, что через два с половиной месяца после начала терапии у группы, принимавшей препарат, отмечено более выраженное улучшение функции легких и насыщение крови кислородом, они лучше переносили физическую нагрузку. Компания намерена продолжить исследование препарата при постковидной реабилитации и расширить географию его применения, в том числе в Европе (недавно производитель получил европейский патент на него).

Алена Жукова

здравоохранение

«Инновационная терапия может сохранить людям годы активной, трудоспособной жизни»

Елена Карташева, президент фармкомпании Takeda в России, рассказывает „Ъ“ о новых направлениях развития в лечении орфанных (редких) заболеваний и об опыте разработки и производства компанией инновационных препаратов, способных изменить жизнь пациентов с такими заболеваниями.

— инновации —

● *Takeda Pharmaceutical Company Limited — глобальная биофармацевтическая компания с фокусом на научные разработки. Takeda 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, головной офис Takeda расположен в Токио, Япония. Компания представлена более чем в 80 странах, штат сотрудников насчитывает 50 тыс. человек. В 2020 году годовая выручка компании выросла на 2,2% и превысила ¥3000 млрд.*

— Медицина редких заболеваний — сложная, наукоемкая область. В чем специфика и уникальность этого направления?

— Сегодня медицина редких или орфанных заболеваний — это сочетание большой науки и высоких технологий. Это долгие годы разработки уникальных препаратов и масштабные инвестиции. Ежегодно Takeda направляет в исследования и разработки инновационных препаратов более $4,5 млрд.

Развивать это направление медицины крайне важно. Благодаря достижениям современной медицины и применению инновационных технологий часть заболеваний удалось перевести из ряда смертельных в категорию хронических, поддающихся контролю и профилактике тяжелых осложнений, а также увеличить продолжительность жизни пациентов с редкими заболеваниями. Если в начале XX века продолжительность жизни пациентов с гемофилией не превышала 13 лет, то сегодня благодаря современному лечению она не отличается от средней продолжительности жизни.

В России редкими считаются заболевания с распространенностью не более 10 случаев на 100 тыс. человек, большинство из них являются наследственными или врожденными. Общее количество редких заболеваний, известных на сегодняшний день, достигает 7–8 тыс., но только для 5% редких болезней была разработана терапия. Это значит, что задача по дальнейшему изучению редких заболеваний и поиску вариантов их лечения остается очень актуальной.

— Какие возможности есть у компании для проведения исследований по изучения редких заболеваний?

— Компания ставит перед собой задачу разработки инновационных методов лечения, способных изменить жизнь пациентов с орфанными заболеваниями. В фокусе внимания находятся такие терапевтические области, как онкология, гематология, генетические заболевания, гастроэнтерология, неврология и вакцины. Здесь необходимо отметить, что в России представлены все эти направления, кроме вакцин. Основной акцент сделан на разработке инновационных решений для пациентов с заболеваниями, для которых существует мало вариантов лечения или не существует терапии вообще. В этом уникальность нашей компании. Иллюстрацией такого подхода может служить наша помощь пациентам с синдромом короткой кишки, ультраредким заболеванием, или профилактика наследственного ангионевротического отека, еще одного редкого заболевания.

Takeda проводит исследования как в собственных инновационных центрах, расположенных в Японии и США, так и в партнерстве с ведущими мировыми исследовательскими центрами. В данный момент Takeda исследует более 40 уникальных молекул. В их числе 11 высокопотенциальных молекул на финальных стадиях исследования, представляющих собой новейшие или единственные в своем классе лекарственные средства и вакцины. К 2024 году компания планирует вывести на мировой фармацевтический рынок 15 инновационных препаратов. Takeda также занимается разработкой нового поколения терапевтических опций с применением искусственного интеллекта и последних достижений клеточной и генной терапии.

— Каковы наиболее актуальные задачи для медицины редких заболеваний?

— Главный вызов для медицины орфанных заболеваний всего мира — в длительном процессе постановки



ПРЕДОСТАВЛЕНО TAKEDA

диагноза. В среднем это около восьми лет, зачастую критически важных для здоровья пациента. Есть специальный термин «диагностическая одиссея» — многолетние хождения пациента с редким заболеванием по специалистам до постановки верного диагноза. Связано этот с рядом причин. Во-первых, некоторые орфанные заболевания не имеют специфических симптомов — например, болезнь Фабри может проявляться инсультами, поражением сердца или почечной недостаточностью. А признаки наследственного ангионевротического отека часто принимают за проявления аллергии или отек Квинке. Во-вторых, многие врачи не знакомы с клинической картиной редких болезней, так как сталкиваются с ними достаточно редко. В-третьих, диагностика редких заболеваний требует специализированного оборудования, которым оснащены в большинстве случаев только крупные медицинские центры.

Еще одна задача, стоящая перед системами здравоохранения многих стран,— это повышение доступности инновационной терапии для пациентов. Мы все хорошо понимаем, что разработка и внедрение инноваций требуют инвестиций. Высокая стоимость инновационной терапии обусловлена длительным процессом создания орфанных препаратов — в среднем на 18% дольше, чем при разработке всех остальных видов лекарств. От начала разработки до включения препарата в клиническую практику может пройти около 15 лет. Причина часто заключается в сложности с подбором достаточного количества редких пациентов для клинических исследований.

— Инновационная терапия и ее доступность для пациентов с редкими заболеваниями в последнее время широко обсуждаются в обществе. По вашему мнению — почему?

— Наша страна прошла впечатляющий путь, достигнув больших успехов в области лечения редких заболеваний. Более десяти лет пациенты в России обеспечиваются лекарственными средствами по программе высокозатратных нозологий. В этом году сделан еще один серьезный шаг по поддержке детей с жизнеугрожающими и хроническими, в том числе редкими, заболеваниями: указом президента Российской Федерации был создан специальный фонд, занимающийся обеспечением детей необходимым лечением. Более половины орфанных пациентов в мире — это дети, поэтому такие действия очень важны.

Вместе с тем важно помнить о взрослых людях трудоспособного возраста с орфанными диагнозами. Большинству из них современная терапия может помочь избежать инвалидности, вести активную жизнь, работать, создавать семьи и жить до старости. К примеру, болезнь Фабри. Это тяжелое прогрессирующее наследственное заболевание проявляется ранними инсультами или почечной недостаточностью, приводит к инвалидизации молодых пациентов и сокращению продолжительности их жизни. При этом применение ферментозаместительной терапии позволяет достоверно снижать инвалидизацию пациентов и смертность.

Еще один яркий пример — это наследственный ангионевротический отек (НАО), который может привести к смерти пациента. В то же время инновационная профилактическая терапия позволяет полностью исключить проявление этого заболевания.

Данные заболевания являются излечимыми и управляемыми только при условии своевременной доступности инновационной терапии. Обеспечение взрослых пациентов с болезнью Фабри и НАО инновационной терапией путем включения этих нозологий в федеральную программу ВЗН позволит сохранить многим людям долгие годы активной, трудоспособной жизни, избежать их инвалидизации и преждевременной смерти.

— Что могут и делают компании-производители, Takeda, для повышения доступности инновационной терапии?

— На глобальном уровне Takeda поддерживает создание государственно-частных партнерств с целью улучшения ситуации с ранней диагностикой, оказывает содействие более 60 инициативам разных стран в этой области и использует возможности искусственного интеллекта и цифровых технологий.

В России наша компания сотрудничает с четырьмя ведущими лабораториями страны, где пациенты могут бесплатно пройти раннюю диагностику ряда редких заболеваний в трех терапевтических областях: генетические заболевания, гематология и гастроэнтерология.

Совместно с Ассоциацией медицинских генетиков мы работаем над проектом по использованию методов искусственного интеллекта для анализа обезличенных электронных медицинских карт. Проект поможет оптимизировать процесс выявления и диагностики наследственных орфанных заболеваний уже на первых этапах обращения пациента к врачу.

Важное направление нашей работы — развитие орфанной настороженности среди врачей. С этой целью мы создаем тематические порталы для специалистов здравоохранения, посвященные редким заболеваниям. Мы также разрабатываем специальные инструменты для пациентов, помогающие контролировать ход терапии. К примеру, в 2018 году мы вывели на российский рынок инновационное программное обеспечение, разработанное для специалистов здравоохранения и пациентов с гемофилией А. Оно позволяет отслеживать уровень активности фактора свертывания крови VIII и корректировать терапию в зависимости от фармакокинетических показателей и физической активности. Спустя два года мы представили новую версию приложения, специально разработанную для пациентов, она позволяет перейти к интерактивной профилактике и вовлечь пациента в контроль своего состояния.

Компания поддерживает стремление государства по обеспечению лекарственной безопасности. Желая внести свой вклад в повышение доступности инновационной терапии для российских пациентов, мы реализуем проекты по локализации производства инновационных препаратов в России. На данный момент мы реализовали три таких проекта.

В начале этого года на нашем заводе в Ярославле мы запустили производство орфанного инновационного препарата для пациентов с множественной миеломой. Общий объем инвестиций в производство составил 590 млн руб. Созданные производственные мощности позволяют удовлетворять потребность России и стран ЕАЭС в этом препарате, а это значит, еще больше пациентов с множественной миеломой смогут получить необходимую им терапию. Ранее еще два препарата — для лечения пациентов с лимфомой Ходжкина и гемофилией А — были локализованы на производственных площадках наших партнеров.

На Петербургском экономическом форуме мы подписали соглашение с Ярославской областью о реализации инвестиционного проекта, в рамках которого мы планируем локализовать производство трех орфанных препаратов до 2027 года. Объем инвестиций составит 2,3 млрд руб. Проект будет способствовать экономическому развитию области и сделает инновационные препараты для лечения редких заболеваний более доступными для российских пациентов.

Записал Олег Трубецкой

Четвертая волна

— эпидемия —

с13

Подтверждает это и сообщение, что за последний месяц заболеваемость гриппом и ОРВИ в стране выросла вдвое. По данным Роспотребнадзора, эпидемия официально зафиксирована в 62 регионах и продолжает набирать обороты. Значит, нельзя исключать опасность «твиндемии».

Не случайно ВОЗ еще в прошлом году разработала временные рекомендации по вакцинопрофилактике гриппа в условиях пандемии COVID-19, в которых, в частности, предложено снизить минимальный возрастной ценз группы риска до 55 лет.

«Это обусловлено тем, что сочетанная инфекция — грипп и COVID — может протекать тяжелее, и эти данные уже подтверждаются зарубежными исследованиями»,— говорит и. о. директора НИИ гриппа им. А. А. Смородинцева Дмитрий Лиознов.

На данном этапе медики рекомендуют прививаться от каждого из этих заболеваний с интервалом в один месяц — появление вакцин двойного действия станет оптимальным выходом и существенно снизит нагрузку на здравоохранение. Более того, зарубежные производители намерены создать в будущем панвирусную вакцину, которая будет защищать и от COVID, и от ОРВИ, и от гриппа.

От диагностики к ревакцинации

Многие не желающие прививаться от коронавирусной инфекции россияне вынуждены подтверждать отсутствие заболевания. По словам Маргариты Файковой, коммерческого директора группы компаний «Инвитро», доля ковидных тестов в разных регионах в отдельные периоды достигала 50% в общей выручке. В одном из крупнейших в холдинге, Санкт-Петербургском лабораторном комплексе, 20% от общего количества исследований составляли тесты на COVID-19.

Однако спрос на разные виды тестирования со временем меняется.

«ПЦР все так же востребован и остается стандартом диагностики коронавирусной инфекции. Количественные антитела используют, чтобы оценить иммунитет после вакцинации и после заболевания. Качественные антитела класса M могут использовать как дополнительный метод диагностики вместе с ПЦР-тестированием. А вот тестирование на антитела класса G в качественном формате (обнаружено или не обнаружено) уже не так востребовано, как раньше, потому что целесообразнее оказалось использовать количественный тест. В любом случае тестирование на антитела сегодня проводят не так массово, как, например, год назад, но зато более прицельно и осознанно»,— рассказывает Дмитрий Бусыгин, врач клинической лабораторной диагностики компании «Инвитро». Наряду с этим популярность набирают экспресс-тесты.

Препаратов для лечения коронавирусной инфекции, как и любой вирусной инфекции, не существует. Главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава РФ Евгений Насонов отмечает: при лечении тяжелых пациентов эффективными оказались только два противоревматических препарата — глюкокортикоидные гормоны и ингибиторы интерлейкина-6, применять которые следует с большой осторожностью, а для лечения амбулаторных пациентов «ни один из препаратов, на которые возлагались надежды,— ни противовирусные, ни антибиотики — не доказал эффективности».

Однако есть надежда, что после регистрации в арсенал врачей, в том числе российских, войдут препарат на основе моноклональных антител компании AstraZeneca, который по итогам III фазы клинических исследований продемонстрировал снижение риска развития симптомов COVID-19 на 77%, и препарат, препятствующий, по уверению его создателей — специалистов американской компании Merck, самовоспроизведению коронавируса (он прошел II фазу клинических исследований), и многие другие, в той или иной степени способствующие уменьшению тяжести заболевания и его осложнений.

А пока единственным способом защитить себя является вакцинация и ревакцинация. По мнению многих отечественных специалистов, разговоры (и даже публикации в уважаемых медицинских изданиях) о том, что ревакцинация таит в себе новые опасности для организма, безосновательны, поскольку пока до конца не изучено, как работает иммунная система при COVID-19.

Уже ясно, что причинной связи между вакцинацией и смертностью нет, зато есть обратная связь: среди привитых смертность существенно ниже, как и заболеваемость. По данным Минздрава, среди полностью привитых «Спутником» заболели COVID-19 0,1%, а доля реинфицированных среди привитых всеми российскими вакцинами составляет, по словам министра здравоохранения Михаила Мурашко, не больше 2%.

Алена Жукова

Сыграть на понижение

— анамнез —

Фарминдустрия демонстрирует уверенный рост, несмотря на проблемы, возникшие в связи с пандемией. Однако доступность лекарственных препаратов для населения снизилась из-за повышения цен на них. Компании предлагают выход из этой ситуации.

Рост превысил ожидания

По данным Росстата, в августе 2021 года объем рынка лекарств в России составил 50,7 млрд руб., что более чем на 32% выше показателей августа прошлого года, и на 22% выше, чем в июле 2021 года. Производство фармацевтических субстанций в августе выросло на 2,3% по сравнению с августом 2020 года и почти на 80% по сравнению с июлем 2021 года. В августе в России изготовлено 1,1 млрд доз сывороток и вакцин, что на 14,6% больше, чем в августе 2020 года, но на 26,5% меньше июльского показателя.

Российская фарма не только наращивает объемы, но и открывает новые производства. Год назад строительство шестой производственной площадки «Алабушево» (г. Москва, Зеленоград) завершил Biocad. В начале текущего года «Р-Фарм» построил новый завод по производству вакцины «Спутник V» в ОЭЗ «Технополис „Москва“» производительностью 20 млн доз вакцины в месяц. В октябре «Фармсинтез» вводит в строй новый завод гормональных препаратов «Фармсинтез-Тюмень», где будет производить около 40 МНН, заместив иностранные поставки на 50% по всему ассортименту.

Курс на импортозамещение, правило «третий лишний» и другие преференции, направленные на поддержку отечественных производителей, достигли цели. Сегодня российская фарма — одна из самых успешных в финансовом отношении отраслей.

Противоковидную вакцину Россия начала выпускать одновременно с крупнейшими мировыми фармпроизводителями. Это показало, что у нас есть наука и современное производство, которое может создавать востребованные в мире инновационные препараты.

Пандемия COVID-19 оживила российский экспорт. Договоры о поставке «Спутник V» заключены уже более чем с 70 странами. В основном это Африка, Азия и Южная Америка, но есть и европейские страны: Венгрия, Сербия, Словакия. На мировом рынке стали активнее закупаться наши антисептики и противовирусные препараты. Они и до этого были востребованы, но пандемия расширила рынки сбыта. Многие страны берут наши противовирусные препараты даже без регистрации.

Ускоренная регистрация

В условиях пандемии были оперативно приняты решения, необходимость которых давно обсуждалась в отрасли. Среди них дистанционная торговля лекарствами и ускоренная регистрация лекарственных препаратов, включенных во временные рекомендации для лечения COVID, постоянно обновляемые Минздравом. Но если дистанционная продажа и доставка лекарств не коснулись производственного сегмента, то преимущества ускоренной регистрации были очень ощутимы для фармпроизводителей.

«Спутник V» был допущен к реализации до третьей фазы клинических испытаний — самой долгой и дорогой. И хотя с точки зрения фармрынка погоды это не сделало, но в узком сегменте противоковидных препаратов был создан прецедент.

Ускоренная регистрация препаратов этого назначения позволила фармкомпаниям быстро адаптироваться к новым реалиям. Biocad в кратчайшие сроки наладил массовое производство вакцины «Спутник V», а также зарегистрировал оригинальный препарат левилимаб для терапии цитокинового шторма. «Фармсинтез» в начале года получил принудительную лицензию на ремдесивир, а теперь вводит в гражданский оборот вакцину «Спутник Лайт» и планирует продавать ее как в России, так и за пределами РФ.

Деньги к деньгам

Важной законодательной новеллой последних полутора лет стало и Постановление №1771, позволяющее повысить цены на препараты, в отношении которых возникла дефектура или ее риск. И это тут же отразилось на рынке. По оценкам Proxima Research Russia, в 2020 году емкость российского фармацевтического рынка в денежном выражении выросла по сравнению с 2019 годом на 15%, а в упаковках уменьшилась на 4%, при этом в денежном выражении госпитальный сегмент вырос на 36%, розница — на 64%, и этот тренд сохраняется.

По данным Zdrav.Expert, средневзвешенная цена упаковки лекарственных препаратов в России с января 2020 года по январь 2021 года увеличилась на 14,1%. По оценкам RNC Pharma, за первое полугодие 2021 года 25 самых востребованных в России фармпрепаратов подорожали на 25%. С начала года в стране повысились цены на 30 лекарств из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, хотя цены на эти лекарства регулируются государством. Что уж говорить об остальных фармпрепаратах.

Цены на лекарства растут, а доступность их снижается. Пропали дешевые отечественные и импортные препараты, а те, что остались, существенно подорожали. Для многих россиян они становятся малодоступны. Среднедушевое потребление лекарств в упаковках упало до уровня 2015 года. Бедные слои населения вообще не могут позволить себе лекарства, констатирует DSM Group. Согласно опросу, сегодня треть россиян испытывают трудности с покупкой лекарственных препаратов. Поскольку, по оценке DSM Group, в 2021 году выросла безработица, реальные доходы населения упали ниже уровня 2013 года на 10%. По оценкам Ipsos Healthcare, в 2021 году продолжился переход покупателей на более дешевые препараты.

И хотя доля отечественных препаратов на российском рынке растет, но растет не в упаковках, а в деньгах. Не за счет расширения ассортимента или количества производимых таблеток и других лекарственных форм, а за счет повышения цен на производимые в стране фармпрепараты. Российские дженерики, созданные в рамках программы «Фарма 2020», чтобы заменить импортные оригинальные препараты, зачастую не уступают им по цене. Производители увеличивают свою прибыль, а потребители получают лекарства по более высоким ценам. Лекарства для россиян не стали доступнее — ни в ценовом, ни в физическом смысле. Складывается абсурдная ситуация: успешная, благополучная фарма на фоне населения, которому все менее доступны производимые этой фармой лекарства.

Сегодня и фармпроизводители, и пациенты едины в одном: ключевая проблема российского фармрынка — это ценообразование. «Себестоимость лекарственных препаратов на 80% определяется ценами на сырье,— поясняет генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей Виктор Дмитриев.— И оригинальные фармпрепараты, и дженерики делаются из одного сырья, которое мы закупаем за валюту. Как только падает курс рубля — растет себестоимость производства лекарственных препаратов».

с16

здравоохранение

Второй год эпидемии: поиск лекарства продолжается

В России и во всем мире ученые работают над созданием препаратов для профилактики и лечения инфекции COVID-19, вызываемой коронавирусом SARS-CoV-2. При этом специалисты не исключают, что в борьбе с этим заболеванием могут оказаться эффективными и уже существующие препараты. В частности, исследования показали, что препарат компании «Валента Фарм», применяемый для лечения и профилактики ОРВИ и гриппа, способен сокращать сроки течения COVID-19 и облегчать симптомы заболевания.

— клиника —



ПРЕДОСТАВЛЕНО АО «ВАЛЕНТА ФАРМ»

ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ

АО «Валента Фарм» — российская фармацевтическая компания, основанная в 1997 году. Разработала и вывела на рынок ряд препаратов в таких терапевтических областях, как иммунология, вирусология и антибактериальная терапия, психоневрология, гастроэнтерология, урология и др. Портфель компании, состоящий более чем из 90 лекарственных средств, представлен инновационными препаратами и брендированными дженериками. Свыше 50% лекарственных средств, производимых компанией, входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Работает в России, а также в Белоруссии, Казахстане, Киргизии, Азербайджане, Армении и Узбекистане.

Многообещающие цифры

Как утверждают эксперты, на сегодня отсутствует «золотой стандарт» лекарственного препарата для этиотропной и патогенетической терапии новой коронавирусной инфекции.

Многие препараты, применяемые в России для лечения COVID-19, показывают свою клиническую эффективность, но при этом обладают значительными побочными эффектами. В частности, могут представлять опасность для тех, кто планирует беременность, в связи с угрозой возникновения патологий плода, противопоказаны детям и беременным, а также пациентам с хроническими заболеваниями (например, с почечной, печеночной недостаточностью).

Большинство ученых сходятся во мнении, что препарат для лечения пациентов с COVID-19 должен обладать не только противовирусной активностью, но и предотвращать развитие интенсивного воспалительного процесса в организме, который чаще всего и является причиной тяжелых осложнений, вызываемых вирусом SARS-CoV-2. Один из известных зарегистрированных препаратов, сочетающий противовирусное и противовоспалительное свойства, привлек внимание российских клиницистов, самостоятельно апробировавших его действие в рамках научного исследования.

В июне журнал Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ) «Терапия» опубликовал результаты инициативного клинического исследования по оценке эффективности и безопасности включения противовирусного препарата ингавирин в схему рекомендованной стандартной терапии COVID-19 в реальной клинической практике. Изучение препарата проводилось на базе одного из ведущих экспертных клинических центров Минздрава РФ — МГМСУ им. А. И. Евдокимова. В исследование были включены 80 пациентов стационара обоих полов в возрасте 18–75 лет с лабораторно подтвержденным диагнозом «COVID-19» средней тяжести, которое сопровождалось характерными двусторонними изменениями в легких, по данным компьютерной томографии, с необходимостью проведения кислородотерапии. Согласно результатам исследования, в группе пациентов, принимавших ингавирин в дополнение к стандартной терапии, доля субъектов с адекватной сатурацией и более не нуждающихся в кислородной поддержке была в два раза выше по сравнению с группой стандартной терапии к седьмым суткам лечения.

«Я озвучу цифры. В среднем на 62 часа (2,6 дня) быстрее наступала нормализация основных показателей: температуры, частоты дыхательных движений и сатурации — у больных в основной группе. Это очень важно. Чем дольше идет активная воспалительная реакция, тем больше вероятность цитокинового шторма. Мы как бы отодвигаем эту вещь,— подчеркивает один из авторов исследования, профессор МГСМУ им. А. И. Евдокимова, доктор медицинских наук, главный внештатный пульмонолог Минздрава РФ по Центральному федеральному округу, генеральный секретарь РНМОТ Андрей Георгиевич Малявин.— В основном к пятому дню четко у большинства больных реализовался лечебный эффект, заметный, отличный от тех больных, которые ингавирин не получали».

Авторы исследования отметили также сокращение приступов кашля к третьему дню лечения у 97,5% пациентов группы, принимавшей ингавирин во время исследования.

Почему препарат ингавирин стал одним из кандидатов на внесение в рекомендации при лечении больных COVID-19? Прежде всего благодаря доказанной эффективности при лечении широкого спектра респираторных вирусных инфекций, уникальному механизму действия и доказанному высокому профилю безопасности.

С 2007 года компанией «Валента Фарм» проведено десять клинических исследований препарата ингавирин, соответствующих мировым стандартам доказательной медицины, в том числе двойные слепые рандомизированные плацебо-контролируемые клинические исследования по оценке эффективности и безопасности. Стоит отметить, что все проведенные клинические исследования были разрешены Министерством здравоохранения, одобрены Советом по этике при Министерстве здравоохранения РФ и были проведены в соответствии с принципами Надлежащей клинической практики. Исследование безопасности препарата являлось обязательной целью каждого из клинических исследований. Всего в десяти клинических исследованиях приняло участие более 1,8 тыс. человек.

Вариации на иммунную тему

Многолетний опыт применения в реальной практике препарата, доказавшего свою эффективность и безопасность, с одной стороны, и ценный профиль фармакологических эффектов, с другой стороны, дали надежду ученым на то, что препарат также сможет помочь пациентам с COVID-19. Известно, что COVID-19 — это вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Однако COVID-19 отличается от других ОРВИ частым развитием гипервоспаления, которое способствует развитию гипоксии тканей и тромбообразованию, осложняя течение болезни. Поэтому управление вирусным воспалением рассматривается как одна из ключевых целей терапии пациентов с COVID-19, а стратегия «упреждающей противовоспалительной терапии» принята экспертами, разрабатывающими национальные клинические рекомендации по лечению новой коронавирусной инфекции.

Препарат ингавирин характеризуется несколькими действиями. Первое — противовирусное. Причем это реализуется на уровне рецепции интерферонов, что обеспечивает корректный ответ организма на вирусную инфекцию. У него также доказанное противовоспалительное действие, в том числе направленное на снижение основных провоспалительных цитокинов. Третье действие — цитопротекторное — так Андрей Малявин объясняет действие препарата ингавирин на организм.

Как поясняет доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НИИ гриппа им. А. А. Смородинцева» Андрей Егоров, изучая механизм действия препарата в целом ряде экспериментов в лаборатории, он и его коллеги из Медицинского университета Вены поняли, что ингавирин не является индуктором интерферона, как многие другие известные препараты. В ходе исследований было обнаружено, что ингавирин повышает чувствительность клеток к способности распознавать вирусную инфекцию. То есть вирусы подавляют систему врожденного иммунитета, а ингавирин ее в этом плане восстанавливает. При этом препарат не вызывал выработку интерферона в здоровых клетках. Он воздействовал на клетки, которые заражены вирусом, и эти клетки начинали реагировать так, как будто вирус не в состоянии подавить их систему врожденного иммунитета.

«Тогда мы сделали первый вывод, что ингавирин может работать на стадии инкубационного периода. Именно на той стадии, когда происходит соревнование подавляющих механизмов вирусной инфекции и системы врожденного иммунитета,— продолжает Андрей Егоров.— И в этом „перетягивании каната“ ингавирин работает на стороне системы врожденного иммунитета: она становится более чувствительной к образам патогенов и включает синтез противовирусных белков в клетках».

После проведения еще одной серии опытов было обнаружено следующее: при заражении клеток вирусом происходит выброс провоспалительных цитокинов, которые могут провоцировать воспаление на уровне организма. Но если эти клетки обрабатывались вместе с вирусом молекулами ингавирина, то наблюдалось существенное снижение этих медиаторов воспаления. То есть препарат демонстрировал выраженное противовоспалительное действие.

«Таким образом, ингавирин обладает двойным механизмом действия,— заключает Андрей Егоров.— Препарат, с одной стороны, в момент инкубационного периода повышает чувствительность клеток к распознаванию образов патогенов, а с другой стороны, на фоне развернутой инфекции способен блокировать некоторые элементы воспалительных реакций, обладая противовоспалительным действием».

Положительные результаты, полученные в завершенном инициативном исследовании, позволяют проводить дальнейшее изучение препарата ингавирин на больших выборках пациентов для более глубокого понимания возможностей препарата в отношении лечения новой коронавирусной инфекции. Компания «Валента Фарм» уже получила разрешение Минздрава РФ на проведение многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования применения препарата ингавирин у пациентов с COVID-19 с участием 290 пациентов, которое сейчас проводится на базе десяти российских исследовательских центров.

В компании «Валента Фарм» подтвердили, что разрешение на проведение клинического исследования действует до 2023 года. В данный момент клиническое исследование III фазы ИНГ-03–05–2020 по оценке эффективности и безопасности препарата ингавирин у пациентов с COVID-19 находится в стадии набора пациентов, и компания планирует закончить его в начале 2022 года.

Дарья Бошель

Доплаты за риски

— регламент —

С13

Указом президента РФ от 6 мая 2020 года №313 предусмотрены дополнительные страховые гарантии в виде единовременной страховой выплаты, которые предоставляются медицинским работникам, непосредственно работающим с пациентами с подтвержденным COVID-19 и пациентами с подозрением на эту инфекцию: врачам, среднему и младшему медперсоналу, водителям автомобилей скорой медицинской помощи. Перечень страховых случаев, при наступлении которых производится единовременная выплата, стандартный: смерть медработника в результате инфицирования новой коронавирусной инфекцией при исполнении им трудовых обязанностей, причинение вреда здоровью в связи с развитием у него заболевания (синдрома) или осложнения, повлекшие временную нетрудоспособность, инвалидность. Страховые выплаты осуществляются из федерального бюджета и составляют: в случае смерти медработника — 2 752 452 руб., в случае инвалидности — от 688 113 до 2 064 339 руб. в зависимости от группы, в случае временной нетрудоспособности — 68 811 руб.

Местные доплаты

Параллельно с федеральными выплатами в регионах были запущены программы материального стимулирования медработников, занятых в ковидных стационарах и оказывающих медицинскую помощь пациентам с коронавирусом. Региональные доплаты, как и региональные бюджеты, неодинаковы.

Например, в Приморье в 2020 году местные доплаты врачам составили 20 тыс. руб., среднему медперсоналу — 15 тыс. руб., а младшему — 8 тыс. руб.; в Бурятии суммы выплат выше: 37 тыс., 19 тыс. и более 9 тыс. руб. соответственно; в Хабаровском крае еще выше — от 10 тыс. до 50 тыс. руб. в зависимости от занимаемой должности. В ряде регионов стимулирующие выплаты получали не только медперсонал, но и немедицинские сотрудники: водители скорых, дезинфекторы, нянечки, буфетчики, уборщицы.

Одни из самых высоких стимулирующих выплат для медперсонала, занятого в работе с коронавирусными больными,— в Москве, соответствующее постановление городского правительства №343-ПП подписано 6 апреля 2020 года. По информации, полученной в ответ на запрос „Ъ“ от пресс-службы департамента здравоохранения города Москвы, работники столичных больниц — врачи, медицинские психологи и биологи, средний и младший медицинский персонал — получают 70 тыс., 50 тыс. и 30 тыс. руб. в месяц соответственно, работники Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова и Научно-практического центра экстренной медицинской помощи — врачи и средний медперсонал — 50 тыс. и 30 тыс. руб. в месяц соответственно, работники амбулаторных КТ-центров и медработники амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, оказывающие помощь пациентам с коронавирусом на дому,— врачи и средний медперсонал — 70 тыс. и 50 тыс. руб. в месяц соответственно (медсестры, работающие в КТ-центрах,— 25 тыс. руб. в месяц).

«В период работы ковидного госпиталя в нашей больнице врачи, медсестры и младший медперсонал получали два вида дополнительных выплат: региональные и федеральные,— рассказал „Ъ“ начальник отдела кадров ГБУЗ „ГКБ им. И. В. Давыдовского ДЗМ“ Василий Щербаченко.— Федеральные выплаты регулировались постановлением правительства РФ, сумма выплат ежемесячно составляла 80 тыс. руб. для врачей, 50 тыс. руб. для медсестер и 25 тыс. руб. для младшего медперсонала. Второй вид выплат — региональные — начислялся по постановлению правительства Москвы за фактически отработанное время в ковидном госпитале. При этом в число сотрудников, на которых распространялись региональные выплаты, можно было включить не только медицинский персонал, но также сотрудников, поддерживавших чистоту и работоспособность отделения».

Отделение для коронавирусных больных в ГКБ им. И. В. Давыдовского работало с перерывами с апреля 2020-го по сентябрь 2021-го, сейчас в больнице открыто обсервационное отделение, задача которого — выявление, изоляция и перевод в стационары пациентов с коронавирусной инфекцией.

В Москве находится большинство федеральных центров, не подведомственных ДЗМ Москвы, на базе которых работали и продолжают работать перепрофилированные отделения для оказания медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом «COVID-19» или с подозрением на него. Правительство Москвы предоставляло гранты на материальное поощрение этим медицинским организациям, привлеченным для оказания на территории Москвы медицинской помощи коронавирусным больным, пояснили в пресс-службе ДЗМ. При этом стимулирующие выплаты осуществляются только за работу в «красной зоне» вне зависимости от того, работают сотрудники в стационарах или резервных госпиталях, уточнили в пресс-службе департамента.

Наталья Тимашова

Сыграть на понижение

— анамнез —

С15

Остановить безудержный рост цен на фармпрепараты позволят преференции на госторгах для производителей, выпускающих лекарства по полному циклу — из российских субстанций, считают эксперты. К примеру, если компании, использующие импортное сырье, смогут победить в конкурсе, только предложив 80-процентную цену за препарат.

«Преференции для производителей полного цикла обсуждаются не первый год,— отметил Олег Астафуров,— но даже ковидный кризис с поставками не разрешил эту проблему. Сегодня на торгах не важно, из какой субстанции — нашей или зарубежной — сделан фармпрепарат. А значит, отсутствуют экономические стимулы запускать производство субстанций в России».

Российские фармпроизводители не раз выходили с таким предложением в Минпромторг, который поддерживает эту инициативу. Противником выступает ФАС, видя в этом нарушение конкуренции между фармпроизводителями, поскольку одни получают преференции, а другие — нет. Однако в интересах лекарственной безопасности страны нужно найти решение этой проблемы — и чем быстрее, тем лучше, считают участники рынка. Производство собственных субстанций позволит заметно снизить цены на российские фармпрепараты.

В рамках импортозамещения многие игроки рынка вложили деньги в создание новых производств, средняя стоимость которых начинается от $30 млн. Эти деньги надо возвращать, что опять же сказывается на стоимости фармпрепаратов.

Регулирование фармотрасли со стороны государства отчасти ломает рыночные механизмы, считают эксперты. Рынок должен сам себя регулировать. Но поскольку лекарства — это социальный продукт и должен быть доступным в ценовом и физическом плане, государство активно вмешивается в вопросы ценообразования. Поэтому о классическом рынке говорить не приходится.

«Ценовое регулирование, которое осуществляет государство, не вполне адекватно и эффективно,— считает Виктор Дмитриев.— Нам предлагают бесконечно снижать цены. Производство отдельных препаратов становится убыточным, и они просто уходят с рынка. Идеологом бесконечного снижения цен опять-таки выступает ФАС».

10% как гарантия спроса

В условиях пандемии стали рушиться логистические цепочки поставок активных фармсубстанций из-за рубежа. И это еще раз показало, что Россия, как и многие другие страны, очень зависима от импорта. Не менее 90% субстанций, а также других ингредиентов — вспомогательных веществ, наполнителей и прочего — ввозятся в Россию из-за рубежа. Это же касается пленочных оболочек и стекла для ампул.

«Бессмысленно говорить об импортонезависимости, о лекарственной безопасности, делая готовые лекарственные формы и не наладив производство хотя бы основных фармацевтических субстанций из списка ЖНВЛП на территории России,— убежден вице-президент по связям с государственными органами компании „Фармсинтез“ Олег Астафуров.— И хотя этим начали заниматься, вопрос в скорости, с какой решается эта проблема, и в задачах, которые ставятся».

Согласно стратегии «Фарма 2020», доля отечественных препаратов из списка социально значимых лекарственных средств и перечня ЖНВЛП должна была увеличиться с 63% в 2011 году до 90% — в 2020-м. Доля отечественных лекарств в общем объеме потребления российского здравоохранения в денежном выражении — с 25% в 2011 году до 50% — в 2020-м.

Для снижения смертности и роста продолжительности жизни в стране мало добиваться роста доли российских производителей на рынке, считают эксперты.

«Проблема в том, что развитие фармпрома не было увязано с первоочередными задачами системы здравоохранения, поэтому никоим образом не влияло на смертность. А должно было быть увязано напрямую,— считает Виктор Дмитриев.— Если первоочередная задача — снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, необходимо понять, что для этого нужно сделать: какие препараты, в каком объеме, какого качества надо производить. Это должно быть конкретно прописано в Стратегии по развитию фармацевтической отрасли».

Крайне важно сохранить на российском рынке показавшие эффективность лекарственные препараты, расширять ассортимент таких лекарств, чтобы у врачей и пациентов была возможность выбора лекарственной терапии, считают иностранные производители.

«Для этого нужно упростить регистрационные процедуры, устранить регуляторные барьеры, внедрить институт взаимного признания и защиту интеллектуальных прав собственности»,— предлагает старший вице-президент, глава кластера «Teva Россия, Евразия, Турция», генеральный директор «Teva Россия» Эрик Рош.

Для повышения доступности инновационных лекарств необходимо распространить ускоренную регистрацию на все жизнеспасающие препараты, считают игроки рынка.

«При разработке потенциально прорывных продуктов должен быть предусмотрен отдельный трек для сокращения объема клинических данных („условная регистрация“), чтобы препараты могли быстрее дойти до тех, кто в них нуждается,— уверен заместитель генерального директора по работе с органами государственной власти компании Biocad Алексей Торгов.— Это особенно критично для терапии быстро прогрессирующих и считающихся неизлечимыми заболеваний».

Сегодня такой регуляторный механизм успешно применяется в Евросоюзе и США и повышает доступность жизнеспасающей терапии.

Радикально решить ценовые проблемы и пациентов, и фармпроизводителей позволит только лекарственное страхование, убеждены участники рынка. Для этого потребуется ежегодно 350–500 млрд руб.— 10% нынешних бюджетных расходов на здравоохранение. Система лекарственного страхования не только решит проблему доступности лекарственных средств, но и активизирует фармпромындустрию, поскольку обеспечит долгосрочный гарантированный спрос на ее продукцию.

● *Российский фармпром наращивает обороты. Финансовые результаты компаний, производящих вакцины и антивирусные препараты, выглядят как никогда празднично. В 2020 году темпы роста фармрынка превзошли ожидания, составив 9,8% вместо 6%. Объем рынка достиг в прошлом году 2040 млрд руб. против 1858 млрд руб. годом ранее, а прибыль от продаж увеличилась практически вдвое — со 126,3 млрд до 244,4 млрд руб. Больше всех в 2020 году заработал «Р-Фарм»: выручка составила 120,5 млрд руб., прибыль выросла за год на 49% — с 12 млрд до 17,9 млрд руб. Выручка Biocad в 2020 году увеличилась на 38%, до 33,2 млрд руб., прибыль — на 70%, с 7,2 млрд руб. в 2019-м до 12,2 млрд руб. «Фармсинтез» по итогам 2020 года увеличил консолидированную выручку на 43%, до 32,6 млрд руб. (36,4 млрд руб. с НДС). Прибыль до вычета процентов к уплате, налогов и амортизации (EBITDA) за 2020 год выросла на 22% и составила 6,7 млрд руб. С марта 2020 года компания практически в семь раз увеличила объем твердых лекарственных форм — с 300 тыс. до 2 млн упаковок в месяц. «И это не предел,— утверждает владелец компании Викра Пуния.— Наши возможности — 3 млн упаковок в месяц только сахароснижающих препаратов».*

Светлана Лебедева

здравоохранение

Качество жизни на склоне лет: если здоровье позволяет

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире растет доля старшего поколения. «В России на 1 января 2021 года насчитывалось более 36,8 млн человек старше трудоспособного возраста. Это более четверти населения страны»,— сообщается в докладе Минтруда о результатах комплексного мониторинга социально-экономического положения пожилых людей в 2020 году, опубликованном на сайте министерства. Здоровье пожилых, уровень их социальной и физической активности важны не только в личностном плане — эти факторы имеют значение и для всего общества, функционирования всех социальных систем. Актуальные проблемы профилактики заболеваний и ведения пациентов пожилого возраста обсудили специалисты в рамках онлайн-симпозиума «Мультидисциплинарные проблемы в гериатрии».



АЛЕКСАНДР ПЕТРОСЯН

Многие проблемы со здоровьем у пожилых людей поддаются профилактике или могут возникнуть позднее, если вести здоровый образ жизни

— приоритеты —

Концепция активного долголетия

Средняя продолжительность жизни в России к 2030 году должна достичь 78 лет, говорится в послании президента России Федеральному собранию в апреле 2021 года. (Продолжительность жизни современного человека на 50% зависит от образа жизни, на 20% — от состояния окружающей среды, на 20% — от генетических факторов и на 10% — от возможностей клинической медицины.) При этом особое значение приобретает именно качество жизни людей, переходящих рубеж зрелости, ведь активно и «красиво» стареть можно, только если здоровье позволяет. И в то же время, отмечается во Всемирном докладе о старении и здоровье ВОЗ, «здоровое старение — это нечто большее, чем просто отсутствие болезней. Для большинства пожилых людей наибольшее значение имеет поддержание функциональной способности. Дороже всего обществу обойдутся не расходы, которые делаются для содействия такой функциональной способности, а преимущества, которые могут быть упущены, если мы не внесем соответствующие изменения и не сделаем соответствующие инвестиции».

Другими словами, пожилые люди при определенных условиях, созданных социальной системой и системой здравоохранения, могут долго оставаться активными и вносить свой весомый вклад в благосостояние общества и государства. Соответственно, «условия для качественной жизни граждан старшего возраста закладываются в молодые годы: это касается здорового образа жизни, физической активности, профилактики заболеваний». Именно эта идея стала ключевой в единой российской концепции активного долголетия. Впервые она была сформулирована в научно-методологическом докладе рабочей группы Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» — доклад был представлен в Москве в 2020 году на XXI Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества.

Формирование мотивации здоровьесберегающего поведения — процесс многогранный и зависит во многом от приоритетов национальной политики. Но как бы то ни было, старость отменить нельзя — пока это из области фантастики. И, как отмечается во Всемирном докладе о старении и здоровье ВОЗ, «по мере старения происходит ряд глубинных физиологических изменений и возрастает риск развития хронических заболеваний». На течение многих болезней оказал влияние вирус SARS-Cov-2. Поэтому стратегия и тактика ведения пациентов в период пандемии — важный для медицинского сообщества вопрос. Как и управление рисками в гериатрии, особенности ведения пожилых пациентов, страдающих болезнями суставов, хроническими когнитивными нарушениями, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

COVID-19 и деменция

После коронавирусной инфекции деменция формируется в два раза чаще, чем после гриппа, отметила в своем докладе «Ведение пациентов с деменцией в период пандемии COVID-19» Элен Мхитарян, к.м.н., с.н.с. Лаборатории общей гериатрии и нейрогериатрии Российского геронтологического научно-клинического центра ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», доцент кафедры болезней старения ФДПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

60–70% всех случаев деменции составляет болезнь Альцгеймера. Эксперт констатировала: в 2020 году в США от болезни Альцгеймера и других деменций скончались на 42 тыс. человек больше, чем в среднем за пять лет до 2020 года. Это примерно на 16% больше, чем ожидалось.

Потерять ясность мышления, впасть в слабоумие с возрастом — это, пожалуй, основной человеческий страх, связанный со старостью. Но, оказывается, по словам доктора Мхитарян, «это одно из немногих заболеваний, которое относительно поддается лечению, поэтому так важно своевременно его диагностировать».

Как распознать деменцию у близкого человека? По специфичным симптомам, отмечает Элен Мхитарян, самый главный из которых — потеря памяти, когда человек забывает то, что произошло недавно, зато прекрасно помнит, что было 10–20 лет назад. Очень часто пациенты с болезнью Альцгеймера помнят себя молодыми и не осознают своего возраста. Постоянные переспросы, рассказы об одном и том же, затем нарушения настроения и поведения, пациент может становиться агрессивным по отношению к близким. Такова неутешительная логика болезни. Потом у больного появляются подозрительность, бредовые идеи, ощущение, что его хотят ограбить, забрать документы. Иногда больные говорят со своим отражением, удивляются одной и той же информации.

Выделяют несколько стадий деменции: легкая, умеренная и тяжёлая. В легкой стадии болезни человек способен себя обслуживать, но при покупке продуктов, в приготовлении пищи, в решении финансовых, бытовых вопросов ему требуется помощь. Умеренная стадия болезни выражается в том, что человек уже не может самостоятельно одеться, принять ванну — такие люди нуждаются в присмотре. При тяжелой деменции человек не может выполнить ни одно повседневное действие: принять пищу, посетить туалет.

При COVID-19 происходит повреждение нервных клеток, возникает тромбоз, провоцируется ишемия. Доктор Мхитарян отмечает также психологический стресс пациентов, больше половины из них жалуются на «туман в голове». Также снижается концентрация внимания.

Средняя продолжительность жизни при болезни Альцгеймера — шесть-семь лет. По словам специалистов, зачастую близкие замечают болезнь своего родственника уже на запущенной стадии. Но если вовремя начать лечение, можно значительно продлить жизнь человеку. «Профилактировать мы должны на доклинической фазе, при которой уже запущены все механизмы заболевания, однако объективные клинические признаки отсутствуют,— говорит Элен Мхитарян.— А выявлять и лечить на той фазе, когда наступают умеренные когнитивные нарушения. Тогда есть шанс, что основные симптомы болезни появятся на несколько лет позже и человек сможет дожить полноценно до глубокой старости».

Сосудистые поражения

Согласно определению, хроническая ишемия мозга — особая форма сосудистой патологии головного мозга, обусловленная медленно прогрессирующей недостаточностью кровоснабжения мозговой ткани. Пациенты с таким заболеванием постоянно нуждаются в квалифицированной неврологической помощи, отметила в своем докладе «Особенности ведения пожилых пациентов с хронической ишемией головного мозга» Элен Мхитарян. «В популяционном роттердамском исследовании частота сосудистой деменции составляла 0,1 на 1000 человек в возрасте от 60 до 64 лет. Заболеваемость увеличилась с возрастом до 7,0 на 100 человек в год у лиц в возрасте от 90 до 94 лет с более высоким риском сосудистой деменции у мужчин»,— приводит данные эксперт.

Эксперт отмечает: при сосудистых когнитивных расстройствах снижается темп познавательной деятельности — это проявляется замедленностью при умственной работе, она требует значительно большего времени, чем раньше. Также снижается концентрация внимания, умственная работа вызывает повышенную утомляемость, паузы при выполнении интеллектуальных заданий становятся необходимыми.

Формирование мотивации здоровьесберегающего поведения — процесс многогранный и зависит во многом от приоритетов национальной политики

К особенностям сосудистых когнитивных расстройств также относится сужение круга интересов: человеку сложно воспринимать новую информацию, он становится излишне разговорчив и не понимает сути сказанного, очевидны нарушения письма. Также могут возникнуть трудности с выражением собственных мыслей или в осмыслении чужой речи.

Еще одно проявление сосудистых поражений головного мозга — апраксия ходьбы (нарушения движения). Шаги становятся мелкими, шаркающими, человек может застывать на месте, переступает при поворотах (повороты «по циркулю»), не может одновременно идти и разговаривать.

Что касается психоэмоциональных расстройств, то эксперт отмечает снижение фона настроения: от легкой депрессии, когда человек теряет обычную работоспособность и чувствует хроническую усталость, до большого депрессивного расстройства, а также эмоциональную лабильность часто в сочетании с повышенной раздражительностью и нарушением сна.

Доктор Мхитарян конкретизировала соматические проявления тревоги следующим образом:

сердечно-сосудистые: учащенное сердцебиение, тахикардия, неприятные ощущения или боли в груди, приливы жара или холода, холодные и влажные ладони;

дыхательные: ощущение кома в горле, чувство нехватки воздуха, одышка, неравномерность дыхания;

неврологические: головокружение, головные боли, тремор, мышечные подергивания, вздрагивания, нарушения сна;

желудочно-кишечные: тошнота, сухость во рту, диспепсия, боли в животе, метеоризм, нарушение аппетита;

мочеполовые: учащенное мочеиспускание, снижение либидо.

Очень часто у пациентов присутствует сосудистая деменция смешанного типа — вместе с болезнью Альцгеймера.

Элен Мхитарян отметила: для облегчения состояния пациентов с хронической ишемией головного мозга нужно прежде всего снизить артериальное давление. Таким образом снижается и риск инсульта. Рекомендуется также увеличить физическую активность и изменить пищевые привычки, используя так называемую диету для ума: овощи, фрукты, орехи, оливковое масло и кофе (до трех чашек в день). Не следует рекомендовать для снижения риска развития когнитивных нарушений и деменции витамины Е и В, полинасыщенные жирные кислоты и многокомпонентные пищевые добавки.

Остеоартрит: возрастные особенности

Остеоартрит (артроз, остеоартроз) — одно из самых распространенных заболеваний пожилых людей. Это хроническое прогрессирующее заболевание суставов, которое вызывает повреждение хрящей и окружающих их тканей. По данным www.здоровьесуставов.рф, из 516 млн пожилых людей, проживающих на планете в настоящее время, остеоартрит выявляется у 70%. И хотя болезнь сегодня все чаще поражает молодых, 60–80% людей старше 65 лет страдают остеоартритом, подчеркнул в своем докладе «Таргетинг воспаления и боли у пожилых пациентов с остеоартритом» Антон Наумов, д.м.н., профессор, заведующий Лабораторией костно-мышечной системы Российского геронтологического научно-клинического центра ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России.

Выраженные проявления остеоартрита — это скованность и боль в суставах с утра и в процессе активности, которая поначалу проходит после отдыха. Во время движения сустав может хрустеть и потрескивать. Чаще всего боль развивается постепенно, но может возникнуть и резко, например при подъеме или спуске по лестнице, вставании со стула.

Врач-гериатр, отмечает в докладе Антон Наумов, должен понимать, что остеоартрит для людей в пожилом возрасте — более серьезная проблема, чем для пациентов моложе. Из-за боли, нарушения собственной автономности, когда человек ощущает беспомощность, возникает тревога, понижается самооценка. У человека появляется страх, ощущение паники и безнадежности, нарушается сон. Это существенные особенности и реакции на боль именно пожилых пациентов, меняющие уклад жизни, и людям сложно выбраться из этого состояния. Именно поэтому очень важно в первую очередь побороть болевой синдром и слабость.

Условия для качественной жизни граждан старшего возраста закладываются в молодые годы

Специалисты в качестве профилактики остеоартрита советуют следить за весом тела — лишние килограммы создают лишнюю нагрузку суставам. Но пожилым к этому совету нужно отнестись особенно внимательно: резкая потеря веса ведет к снижению плотности костной ткани.

Риски и привычки

О том, как управлять рисками в современной гериатрии, в рамках вебинара вели диалог врач-гериатр Александр Розанов, к.м.н, помощник директора по региональному развитию и федеральным проектам РГНКЦ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, и кардиолог Василий Кашталап, д.м.н., заведующий лабораторией патофизиологии мультифокального атеросклероза ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения РАМН.

В качестве основных рисков для здоровья людей пожилого возраста ожидаемо названы неправильное питание и курение. Но оба специалиста отметили, что резкая смена образа жизни пожилым людям может навредить и бороться с излишествами и вредными привычками стоит постепенно и осмотрительно. Например, Александр Розанов полагает, что ограничение потребления соли может быть опасным в пожилом возрасте, потому что низкое потребление соли должно быть стратегией питания с детства. «Резкое ограничение потребления соли у пациентов старшего возраста может повышать риск гипонатриемии (задержка жидкости в организме.— „Ъ“). И, как следствие, риски падений, внезапной смерти»,— утверждает Александр Розанов. В ответ Василий Кашталап говорит не об ограничении, а о замене соли и отмечает эффект правильного питания — это снижение массы тела и снижение с помощью диеты артериального давления на 5–6 мм рт. ст. Существенную ремарку дает Александр Розанов: «Диета нужна, но не резкая. Она должна быть подходящей для региона проживания конкретного человека. Везде свои продукты, особенности питания и традиции».

Что касается отказа от курения, то оба специалиста видят в этом несомненные плюсы для пожилых людей. «Простой отказ от курения снижает смертность даже больше, чем снижение уровня давления или холестерина,— рассуждает Александр Розанов.— О риске развития у курящих болезни Паркинсона, например, говорит исследование британских врачей, которое проводилось в течение 65 лет». Но в то же время господин Розанов отмечает, что для курящего человека психологически имеет значение процесс, привычка — например, никотиновый пластырь увеличивает количество поступающего никотина, но лишает человека привычного ритуала. А этот ритуал важно сохранить для многих пациентов. Здесь могут помочь другие никотинсодержащие продукты, в которых отсутствует горение. В 2020 году U.S. Food and Drug Administration (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, США) выдало разрешение на продажу электронной системы нагревания табака производства Philip Morris International в статусе продукта с пониженным воздействием. Независимые научные исследования подтвердили, что устройство нагревает, а не сжигает табак, что влечет за собой значительное снижение уровня выделяемых вредных и потенциально вредных веществ. При выдаче разрешения отмечалось, что продажа этого продукта на рынке США соответствует целям улучшения общественного здоровья.

Александр Розанов также ссылается на рекомендации Американской коллегии кардиологов для пациентов, которые не отказываются от курения.

Кстати, о возможно большей эффективности альтернативных систем доставки никотина по сравнению с никотинзаместительной терапией при отказе от курения говорилось и на Европейском конгрессе общества кардиологов-2021.

Фокус на профилактику

«Новости Европейского конгресса кардиологов-2021: фокус на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний в пожилом возрасте» — такой была тема доклада Юлии Котовской, д.м.н, профессора, заместителя директора по научной работе РГНКЦ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

Цель рабочей группы Конгресса по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний — создать единые рекомендации для амбулаторной и госпитальной клинической практики. Сделать профилактику этих заболеваний персонализированной, уделяя внимание пожилым, стимулировать участие пациента в лечении и пользоваться обновленными алгоритмами прогнозирования риска у практически здоровых пациентов.

Новая система оценки риска включает более широкие диапазоны возраста (40–89 лет) и значений артериального давления (100–179 мм рт. ст.), а также учитывает уровень не общего, а только «плохого» холестерина, то есть исключает из общего холестерина те его компоненты, которые защищают от атеросклероза .

Индивидуализированная профилактика по новым рекомендациям Европейского общества кардиологов — это пошаговый алгоритм. Выделяются четыре категории пациентов: практически здоровые люди, пациенты с установленным сердечно-сосудистым заболеванием, пациенты с сахарным диабетом 2-го типа, пациенты со специфическими факторами риска.

В качестве главной профилактической меры для всех остаются отказ от курения, систолическое артериальное давление менее 160 мм рт. ст. и изменение образа жизни. Конгресс кардиологов задекларировал цель добиться повсеместного запрета курения в Европе к 2030 году. Было отмечено, что электронные сигареты имитируют традиционные сигареты и, возможно, менее вредны, чем обычные, и, возможно, более эффективны, чем никотинзаместительная терапия, для отказа от курения. Также нужно избегать двойного использования обычных и электронных сигарет. Изделия, в которых табак нагревается, а не горит, содержат меньше токсичных веществ, чем обычные сигареты, но в то же время долгосрочные эффекты и влияние электронных сигарет на здоровье сердечно-сосудистой и дыхательной систем требуют дополнительных исследований. У прекративших курение возможна прибавка в весе в среднем на 5 кг, однако польза для здоровья, связанная с отказом от табака, перевешивает риски, связанные с увеличением веса, отмечалось на Конгрессе.

На сайте www.digital.nhs.uk приведена статистика по результатам исследований, проведенных в 2020 году в Англии. Электронные средства доставки никотина использовали 27,2% курящих для того, чтобы отказаться от сигарет, 18,2% использовали никотинзаместительную терапию, еще 4,4% — лекарственные средства. Переключение на бездымные продукты также практиковалось в локальных центрах по борьбе с курением — это обеспечило один из самых высоких показателей успешного отказа от сигарет: от 59,7% до 74% в 2019 и 2020 годах. Всего, по данным www.digital.nhs.uk, в Англии около 6% взрослого населения переключились на бездымные продукты, что составляет 2,7 млн человек. 50 тыс., по статистике 2017 года, полностью отказались от сигарет после переключения на альтернативные способы потребления никотина. При этом, по данным Министерства здравоохранения Великобритании, количество новых потребителей альтернативных продуктов с марта 2020 года перестало расти (99,2% потребителей бездымных продуктов в прошлом были либо действующими, либо бывшими курильщиками).

Говоря о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, европейские кардиологи по-прежнему рекомендуют по крайней мере 150–300 минут в неделю аэробных нагрузок умеренной интенсивности или 75–150 минут в неделю интенсивных аэробных физических нагрузок. В то же время оговаривается, что те, кто не может выполнять физические нагрузки, должны оставаться настолько физически активными, насколько позволяют их возможности и состояние здоровья. Рекомендуется сократить длительность сидячего образа жизни в пользу хотя бы легкой физической активности в течение дня.

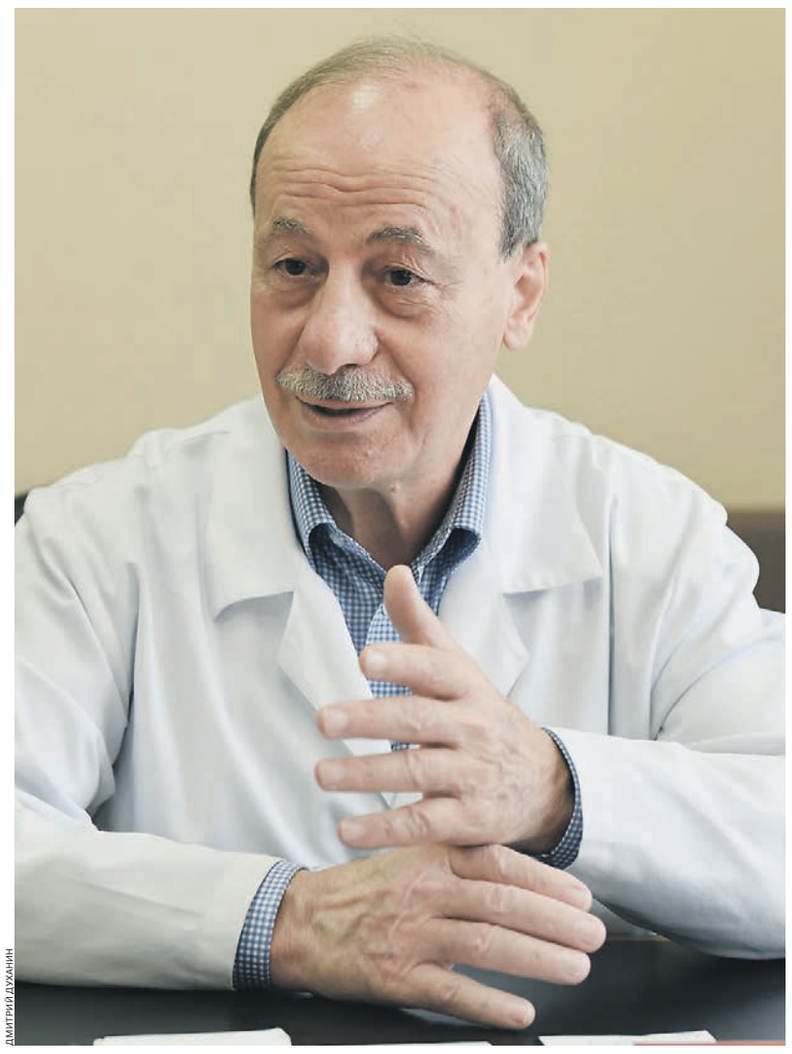
«Большинство проблем здоровья, с которым сталкиваются пожилые люди, связаны с хроническими состояниями, особенно с неинфекционными заболеваниями. Многие из них поддаются профилактике или могут наступить позднее в результате здорового образа жизни,— говорится во Всемирном докладе о старении и здоровье ВОЗ.— Другие проблемы здоровья могут быть эффективно преодолены, если они выявлены достаточно рано».

Елена Федотова

здравоохранение

«Близорукость становится выгодной»

Человечество слепнет — правда ли это? В чем причина и можно ли этому помешать? Директор НИЦ офтальмологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, академик РАН **Христо Тахчиди** рассказал „Ъ“ о новых методиках возвращения зрения слепым и слабовидящим и о том, почему небольшая близорукость — это не так уж и плохо.



ДМИТРИЙ ДУХАНИН

— прорыв —

● *Тахчиди Христо Периклович, офтальмохирург, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, проректор по лечебной работе Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова. В 1976 году окончил Свердловский государственный медицинский институт. 1987–2001 годы — основатель и директор свердловского (Екатеринбургского) филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова. 2001–2011 годы — генеральный директор федерального государственного учреждения «Межотраслевой научно-технический комплекс „Микрохирургия глаза“ им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава РФ. В настоящее время директор Научно-исследовательского центра офтальмологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, который, по словам господина Тахчиди, задуман «для трансляции новых фундаментальных достижений биологической и медицинской науки в клиническую практику».*

— Вы часто говорили, что офтальмологии принадлежит лидирующая роль в медицинской науке и практике. Почему?

— Мы понимаем, что человек воспринимает окружающий мир благодаря органам чувств, и безусловный приоритет здесь принадлежит зрению: благодаря ему мы получаем более 90% информации об окружающем мире. Снижение зрения, а тем более слепота воспринимаются как катастрофа.

Поэтому офтальмология занимает особое место в научной и клинической медицине нашей страны. Но еще и потому, что на рубеже 80-х годов прошлого века в мировой офтальмологии произошла технологическая революция — переход от обычной хирургии глаза к микрохирургии. Так случилось, что в авангарде этого процесса оказалась российская (советская) офтальмология — клиническая школа академика С. Н. Федорова, моего великого учителя, который одним из первых в мире увидел через появившийся и еще плохо применяемый в операционных офтальмологический хирургический микроскоп будущую технологическую революцию в офтальмологии. Станислав Николаевич стал, по сути, ведущим в мире технологом и популяризатором новых микрохирургических операций глаза. Этот факт признан мировой офтальмологией и вошел в учебники. Микрохирургия в офтальмологии стала основным двигателем, стимулирующим переход практической медицины на микроскопический уровень. Будущее медицины будет решаться в микромире человеческого организма. Это наиболее эффективное и безопасное лечение. И пионером тут действительно стала наша специальность.

Сегодня разработка решений, направленных на восстановление зрения, ведется в трех направлениях. Первое — это клеточные технологии, когда мы пытаемся создать элементы ткани или саму ткань искусственно. Такая работа ведется очень активно — появились публикации, что японцам удалось создать 12-слойную сетчатку, как в природе, осталось лишь понять, как ее соединить с настоящей, чтобы она функционировала. Второе направление — создание разного рода инженерных конструкций с использованием микроэлектроники — бионическое. И третье — оптогенетическое направление, где используются методы генной инженерии и молекулярной биологии. Как это работает? В пробирке собирается родопсиновая трубка, реагирующая на квант света. Родопсин — это белок, который при попадании света на сетчатку глаза распадается, запускается биохимический процесс, в результате чего квант света переводится в нервный импульс. Все это делает родопсин. Его собирают в пробирке в виде трубки, и к нему прикрепляют присоску из аденовируса — того самого, который используется в знаменитой вакцине «Спутник V». Аденовирус — это универсальное приспособление, с помощью которого биологические объекты прикрепляются к мембране. В нашем варианте таким образом происходит соединение с цитоплазмой нервной клетки, запускается родопсиновый цикл, меняется электролитный баланс, проходит нервный импульс. Таким образом запускается функция нейрона. Если такую биологическую конструкцию посадить на нейрон сетчатки, то мы получаем ту же реакцию, что и в случае бионического протезирования. В течение трех лет наша группа в составе ученых из РНИМУ им. Н. И. Пирогова под моим руководством, а также из МГУ им. М. В. Ломоносова под руководством академиков М. П. Кирпичникова и М. А. Островского, сотрудников Института биоорганической химии им. М. М. Шемякина и Ю. А. Овчинникова проводила такие исследования. Сейчас они продолжаются и доведены до стадии испытаний на животных. Наши коллеги из США уже проводят клинические исследования, осуществили несколько операций, и вроде бы в двух-трех случаях есть положительная динамика, хотя говорить однозначно о результатах рано — с биологией все несколько сложнее, чем с техникой.

— Вы сделали две первые и пока единственные в нашей стране операции по бионическому протезированию зрения.

— У наших пациентов должно оставаться хотя бы небольшое восприятие света, хотя предметное зрение у них полностью отсутствует. Фактически они ничего не видели, отличали только свет от тьмы. Структура сетчатки слоистая: она состоит из 12 слоев и 3 нейронов. В этой структуре произошло разрушение, которое, как правило, касается первых и вторых нейронов. Третий, основной нейрон, через который идет передача информации непосредственно в мозг, гибнет значительно позже остальных, и у таких пациентов он продолжает функционировать. Благодаря этому возникло предположение: а нельзя ли через него передать информацию? Попытка такой передачи осуществляется несколькими способами, бионическое направление — одно из них.

Бионический глаз — это сложная инженерная конструкция, в которой имеется микрокамера, получающая изображение, преобразователь, который это изображение переводит в цифровой вид, передает его на антенну, которая с помощью радиоволны передает эту информацию на глаз, на его имплантируемую часть. Она воспринимает это изображение почти как наша домашняя телевизионная антенна. Затем с помощью микрокабеля, заходящего в полость глаза, передает изображение на снабженную электродами сетчатку, и, если сетчатка хотя бы частично функционирует, информация доходит до коры головного мозга и там воспроизводится. Человек начинает видеть.

Но он видит только черно-белое, размыто-силуэтное примитивное изображение, где нет четкой картинки, а есть лишь восприятие движения, некие образы, каждый из которых он заново учится распознавать. Однако понятно, что наука не стоит на месте: такого рода техника стремительно совершенствуется, и наступит день, когда такие изображения буду цветными, четкими и ясными, так что расшифровка уже не потребуется. Это дело ближайшего будущего.

— Сколько таких операций уже сделано в мире?

— Около 400. Основная масса бионических операций сделана с первой моделью «Аргус-1» (электронный имплантат сетчатки, предназначен для улучшения зрения людей с тяжелой формой наследственного заболевания «пигментный ретинит».— **„Ъ“**), где было 32 электрода. Обе наши операции сделаны на второй модели «Аргус-2» — там 64 электрода. В марте 2011 года версия системы Argus-2 была одобрена для клинического и коммерческого использования в Европейском союзе. В феврале 2013 года Argus-2 стал первым коммерческим зрительным протезом, который был одобрен в Food and Drug Administration для использования в США.

— Каково сейчас состояние ваших пациентов?

— Они живы, здоровы, функционируют, с каждым днем все лучше адаптируются в окружающем их мире.

— Планируются ли новые операции?

— Для того чтобы изделие было сертифицировано на территории страны, нужно провести определенное количество операций. В данном случае речь идет о десяти операциях, после чего изделие поступает на рынок. Таким же образом в свое время завозились первые кохлеарные импланты для глухих, а сейчас это государственная программа, и каждый год эти устройства имплантируют тысячами. Наша технология значительно сложнее и намного дороже, однако мы не теряем надежды на то, что ее ждет аналогичная судьба. Мы уже были готовы к третьей операции, подготовили пациента, но все затормозилось из-за пандемии.

— Правда ли, что человечество в целом слепнет?

— Это, к сожалению, неизбежно. Глаз преимущественно эволюционировал как орган, смотрящий вдаль, что давало нашим предкам безопасность, пропитание и в целом выживание. Древний человек на 80% смотрел вдаль, а остальные 20% он использовал для того, чтобы что-то мастерить.

Когда мы смотрим вдаль, наш глаз отдыхает. Все оптические конструкции внутри глаза находятся в расслабленном состоянии. При зрении вблизи вся оптическая система напрягается — и чем ближе, тем сильнее. Именно так и было задумано природой: смотрим вдаль и отдыхаем.

А что произошло с современным человеком? Основную часть времени он проводит с гаджетами, и нагрузка вблизи, когда оптические конструкции глаза предельно напряжены, увеличилась до 90%. Глаз эволюционно на это не рассчитан. Отсюда многочисленные заболевания органа зрения, ранняя слепота, когда люди теряют способность нормально видеть уже в 25–30 лет, а то и в детстве.

— Что же с этим делать?

— Выход, хоть и не кардинальный, есть. Надо днем через каждые полчаса-час прерывать свою работу с компьютером и смотреть в окно, стараясь в деталях разглядеть самые дальние предметы на горизонте: листья на деревьях, лица людей, занавески в соседских окнах. Чем дальше и дольше вы смотрите, тем качественнее отдыхает ваш глаз. Надо стараться соблюдать зрительный режим работы вблизи, особенно в ночное время. Искусственное освещение, удлинившее день,— это большое зло. В темное время суток глаза должны отдыхать и восстанавливаться для работы на следующий день. Вместо этого мы их беспощадно перегружаем, гоняясь за бесконечно нарастающими «делами». Поэтому от использования гаджетов надо по мере возможности отказываться.

— Может быть, современный человек постепенно эволюционирует так, что его зрение будет больше приспособлено для смотрения вблизи?

— Есть теория, что человек будущего должен обладать небольшой, от одной до трех диоптрий, близорукостью. Люди, обладающие такой рефракцией, при работе вблизи не напрягаются. Нагрузка вблизи у современного человека только увеличивается, так что близорукость становится выгодной. У таких людей нет перегрузок при работе вблизи. Поэтому мы рекомендуем своим пациентом с небольшой близорукостью не носить очки для работы вблизи, не использовать линзы, не торопиться на операцию. Они будут всю жизнь видеть вблизи хорошо.

Беседовала Наталия Лескова

Знание — деньги

— партнерство —

В 90-е годы прошлого века сложился стереотип о невозможности конструктивного диалога между университетским образованием и индустрией — даже если речь идет о наукоемких отраслях, таких как фармацевтика. Как обстоят дела сейчас?!

Учебные заведения и промышленные фармпредприятия — организации разные по сути и по основным задачам. Тем не менее они нашли точки соприкосновения и сотрудничества.

«Благодаря поддержке госпрограммы „Фарма 2020“ вузы разработали и реализуют образовательные программы и образовательные модули для подготовки специалистов, в которых нуждается фармотрасль,— говорит Наталья Пятигорская, заведующая кафедрой промышленной фармации и заместитель директора по научной работе Института трансляционной медицины и биотехнологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.— Наш университет разработал и первым в России внедрил новое направление подготовки в магистратуре „Промышленная фармация“».

«За период действия программы „Фарма 2020“ нами реализовано восемь крупных проектов по разработке образовательных программ,— рассказывает Игорь Наркевич, ректор Санкт-Петербургского химико-фармацевтического университета.— В рамках федеральных проектов разработано более 20 образовательных программ для подготовки, переподготовки и повышения квалификации инженерных кадров в области химической технологии, биотехнологии, химии, аналитического контроля качества химических соединений и фармации. По разработанным программам уже прошли обучение более 5 тыс. человек. Важно отметить, что все курсы созданы при тесном взаимодействии с ведущими представителями фармацевтической отрасли. Среди них: Biocad, „Новартис-Нева“, НТФФ „Полисан“, Pfizer, „Герофарм“, СКТБ „Технолог“, Stada, „Биосинтез“, „Самсон-Мед“, „Вертекс“, „Фармпроект“, „Активный компонент“, медико-биологический НПК „Цитомед“, ГосНИИ особо чистых биопрепаратов. А в минувшем году, когда началась пандемия, биотехнологическая компания „Р-Фарм“ обратилась в университет с просьбой подготовить кадры для вакцинных производств и представила желаемые характеристики будущих специалистов».

Для образовательного учреждения очень важен баланс: дать будущему специалисту и базовые знания, и их практическое применение. «Мы предоставляем нашим студентам время и возможности выбора: их примет не только любая лаборатория университета, но и другие профильные научно-исследовательские центры и подразделения учреждений и предприятий,— объясняет Елена Каленикова, заведующая кафедрой фармацевтической химии, фармакогнозии и организации фармацевтического дела, заместитель декана по учебной работе факультета фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова.— Погружение в конкретную современную проблему и поиск ее решения вместе с коллективом профессионалов — вот мостик, который дипломник перебрасывает в свое будущее».

«Для успешного трудоустройства помимо фундаментальных знаний требуется навык работы на высокотехнологичном оборудовании, которое не всегда есть в вузах, поэтому нужно дополнительно обучать будущих сотрудников на своих площадках,— замечает Юлия Тепляшова, директор департамента управления персоналом Biocad.— Дефицит кадров продолжает быть основной проблемой, так как на внутреннее обучение требуется значительное время (а это увеличивает период от входа сотрудника в компанию до его выхода в продуктивность). Кроме того, за последние несколько лет выросла потребность в уникальных специалистах, обладающих знаниями на стыке нескольких наук, например био- и хемоинформатики, биостатистики… Поэтому для новых профессий нужны новые учебные программы».

«Повышение эффективности взаимодействия бизнес-сообщества и высшей школы — это проблема, решению которой на протяжении многих лет уделяется много времени и усилий с обеих сторон. И сфера фармацевтики не исключение. Причины, не позволяющие до сих пор решить ее в полной мере,— это разница в целях деятельности,— констатирует Игорь Наркевич.— Бизнес нацелен на максимизацию прибыли, а университеты стремятся к достижению целей, которые не всегда выражаются в увеличении объемов доходов.

«С 2012 года мы реализуем комплексную программу с ведущими вузами ЕАЭС,— рассказывает Яна Макарова, старший менеджер по внутренним коммуникациям и вовлечению коллег Pfizer в России и Беларуси.— При участии наших сотрудников проводятся курсы лекций для студентов СПХФУ, Витебского госмедуниверситета, Волгоградского госмедуниверситета и Казахского национального медицинского университета. Компания также заключила соглашение о стратегическом партнерстве с РАНХиГС, в рамках которого студенты академии смогут пройти практику в Pfizer, а для наших сотрудников будут разработаны образовательные программы профессионального развития и создана проектная лаборатория для реализации совместных проектов».

«Мы реализуем четыре образовательные программы совместно с вузами: бакалавриат в СПбГУ и три магистратуры (в СПХФУ, ПущГЕНИ и НИУ ВШЭ Санкт-Петербург),— рассказывает Юлия Тепляшова.— Все программы разработаны экспертами компании совместно с представителями вузов, к фундаментальной базе мы добавили специализированные практические предметы.

В Первом МГМУ им. И. М. Сеченова сегодня есть ряд обучающих программ, подготовленных совместно экспертами фармкомпаний и преподавателями университета — так, например, в Институте фармации им. А. П. Нелюбина проходит «Курс имени Эммануэля Мерка» (в сотрудничестве с компанией «Мерк»). В Центре магистерских программ реализуют направление подготовки «промышленная фармация».

Однако вновь и вновь звучат слова о разрыве между учебными программами и требованиями практики.

«Цели вузовской подготовки и требования работодателя к работнику действительно различаются. И это касается практически любого высшего образования,— комментирует Елена Каленикова.— Вуз стремится дать будущему выпускнику знания и представления о специальности во всем многообразии ее приложений. Так, при подготовке провизора изучаются и технологические, и аналитические, и регуляторные аспекты жизненного цикла лекарств. Работодателю же нужен работник на конкретное узкопрофилированное рабочее место с набором конкретных умений. Началом пути к их приобретению может стать ординатура, ориентированная уже более узко: фарманализ или технология — или управление/экономика. После этого для успешной работы на предприятии фармотрасли понадобятся программы дополнительного профессионального образования, которые максимально затачивают специалиста под конкретные должностные обязанности. И это последовательный образовательный процесс, в котором каждый очередной уровень базируется на компетенциях, приобретенных на предыдущем».

Ключ к решению вопроса — в подготовке многопрофильных специалистов, в сотрудничестве высшей школы и индустрии, а также в развитии дополнительного профессионального образования.

Екатерина Алтайская

Женский вопрос

— клиника —

с13

«Пока вьем гнездышко, учимся, зарабатываем, ведь на детей надо много денег, думаю, что буду рожать не раньше 35»,— делится она своими планами. Такого же мнения придерживаются многие молодые москвички, петербурженки и жительницы других мегаполисов. Правда, в сельской местности все пока не так грустно.

«В Алтайском крае средний возраст, когда женщины рожают первого ребенка,— около 30 лет. Конечно, немало тех, кто рожает первенца и в 20 и у которых к 22 годам уже двое детей, но все-таки возраст первородящих увеличивается,— продолжает Марина Нагайцева. — Наш край — сельскохозяйственный регион, где женщины более склонны заботиться о семье, детях, у них меньше амбиций в плане карьеры и учебы и где тенденция не так выражена, как в больших городах, тем не менее сегодня женщины хотят и имеют возможность в первую очередь самореализоваться, а уже потом рожать детей».

В результате первая беременность откладывается на более зрелый период — после 35 лет, ближе к 40 годам.

«Но, к сожалению, к этому времени накапливается не только жизненный опыт, но и груз болезней, и в результате, когда женщина наконец решается забеременеть, для нее может оказаться неприятным сюрпризом то или иное заболевание, мешающее нормальной беременности и вынашиванию ребенка»,— констатирует Марина Нагайцева.

Мнимые надежды

Развивающиеся и совершенствующиеся вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) дают женщинам ложную надежду на то, что на современном этапе развития медицины они смогут забеременеть и родить практически в любом возрасте. Более того, по свидетельству врачей-репродуктологов, многие женщины считают себя здоровыми, если у них нет серьезных жалоб, и твердо уверены, что беременность может наступить когда угодно — стоит только захотеть. Но ЭКО и другие репродуктивные технологии не панацея — не стоит всецело на них рассчитывать, есть много факторов, которые в совокупности могут помешать забеременеть и с помощью ВРТ, говорит Марина Нагайцева.

«Фертильность и шансы на рождение здорового ребенка с годами сильно падают. И хотя сейчас наметилась тенденция к увеличению возраста, когда происходят первые роды, бесконечно отодвигать их нельзя — медицина не всесильна, природу не обманешь: у каждой женщины свой индивидуальный запас прочности (запас яйцеклеток), данный ей от рождения. Здесь включаются сразу несколько негативных факторов, снижающих шансы забеременеть и выносить ребенка: естественное истощение женской репродуктивной системы, общее состояние организма, появление в анамнезе хронических заболеваний, лишний вес»,— рассказывает гинеколог-репродуктолог «Нова Клиник» Екатерина Утишева.

«Каждая женщина сама решает по своим внутренним ощущениям, когда ей становиться мамой, и никакие внешние причины не могут повлиять на это,— подводит итог Марина Нагайцева.— Сейчас в активный детородный возраст вступают женщины, рожденные в 1990-х годах, когда, как и сейчас, был спад рождаемости. Мы не можем повлиять на количество женщин, способных забеременеть и родить ребенка, но мы можем мотивировать их заботиться о своем здоровье. Конечно, делать это надо с детства, объясняя девочкам, что они будущие мамы, а значит, должны заботиться о себе. Здоровье девочек — залог здоровья нации, потому что от их здоровья зависят и рождаемость, и репродуктивный потенциал страны».

Наталья Тимашова

здравоохранение

«Не надо бояться этого заболевания — нужно научиться с ним жить и его контролировать»

Наследственный ангионевротический отек (НАО) — редкое заболевание, основным симптомом которого являются отеки на лице, в гортани, в животе и по телу. Отеки «уродуют» пациента, вызывают удушье, сопровождаются невыносимой болью. Возникновение отеков требует немедленной помощи, госпитализации, терапии, оперативного вмешательства. Какой должна быть система диагностики, профилактики, лекарственной помощи пациентам с НАО? В беседе с „Ъ“ высказываются ведущий научный сотрудник отделения иммунопатологии ФГБУ «ГНЦ „Институт иммунологии“», д.м.н. **Елена Латышева**, председатель правления межрегиональной общественной организации (МОО) «Общество пациентов с наследственным ангионевротическим отеком» **Елена Безбожная**, юрист МОО «Общество пациентов с наследственным ангионевротическим отеком» **Илья Ушанков**.


ПРЕДОСТАВЛЕНО ФГБУ «ГНЦ „ИНСТИТУТ ИММУНОЛОГИИ“»

Елена Латышева, ведущий научный сотрудник отделения иммунопатологии ФГБУ «ГНЦ „Институт иммунологии“», д.м.н.


ПРЕДОСТАВЛЕНО МОО «ОБЩЕСТВО ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИМ ОТЕКОМ»

Елена Безбожная, председатель правления МОО «Общество пациентов с наследственным ангионевротическим отеком»


ПРЕДОСТАВЛЕНО МОО «ОБЩЕСТВО ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИМ ОТЕКОМ»

Илья Ушанков, юрист МОО «Общество пациентов с наследственным ангионевротическим отеком»

— диагноз —

— Сколько больных с диагнозом НАО насчитывается сейчас в России?

ЕЛЕНА ЛАТЫШЕВА: Эти пациенты занимают примерно 10% от всех пациентов регистра первичных иммунодефицитов — их на сегодняшний день почти 400 на всю Россию. По факту их должно быть существенно больше, но поскольку выявляемость их очень низкая в связи с тем, что осведомленность очень низкая, то мы выявляем только каждого пятого-седьмого пациента с данным заболеванием.

Средняя задержка постановки диагноза сейчас в России 17 лет. История наша знает и 30, и 40 лет задержки постановки диагноза пациентам с НАО. Бывает так, что пациент сам находит данные о том, что у него, возможно, НАО, находит пациентскую организацию, а она уже предлагает найти экспертов, либо в интернете находит сам контакты референсных центров. До постановки верного диагноза пациент тратит огромные суммы в поисках лекарственной аллергии, пищевой аллергии, болезней желудочно-кишечного тракта, получает неэффективную терапию и осложнения этого неправильно назначенного лечения.

— Как именно сегодня лечат больных с НАО? Какие есть этапы? С какими сложностями сталкиваются врачи?

Е. Л.: НАО сильно вмешивается в повседневную и профессиональную активность больных — отеки длятся в среднем три-пять дней, а это значит, что в эти дни пациент стесняется выйти из дома в связи обезображенным лицом или не может выполнять элементарные функции в связи с отеком кистей (застегнуть пуговицу, приготовить еду и др.), надеть обувь, становится совершенно беспомощным. Отеки в животе по силе сравнимы с ощущениями при родах, поэтому, когда эта боль длится три-пять дней два раза в месяц, а иногда и еженедельно, жизнь пациента становится невыносимой. Пациенты вынуждены часто брать больничные листы, поэтому нередко теряют работу, дети по причине отеков вынуждены пропускать учебу. Как правило, жизнь семьи сосредоточена вокруг этого пациента, потому что он перестает себя обслуживать.

Это заболевание очень сильно снижает социальную активность пациентов: они боятся путешествовать, потому что отек может произойти где-то, где не будет помощи, они боятся умереть, потому что это может быть отек гортани, они живут в постоянном ожидании этой атаки. Близкие подстраиваются под детей, которых они не могут отпустить ни в лагерь, ни в детский сад, ни в другой город. Вся семья подчинена болезни. Многие пациенты вынуждены выбирать профессиональную активность исходя из условий, которые ставит перед ними болезнь, а не их желания и стремления. Учитывая, что пусковым фактором является механическая травма, пациенты с НАО не могут заниматься любимыми видами спорта (например, футбол или борьба) и вынуждены отказываться от мечты.

Пока диагноз не установлен, девушки боятся рожать детей: они не понимают, что ждет их детей.

Ну и, конечно, рутинные процедуры, такие как стоматологические манипуляции или гастроскопия, могут привести к развитию фатального отека и смерти пациента в расцвете лет. После установки диагноза при правильной подготовке пациента эти процедуры становятся абсолютно безопасными.

То есть НАО оказывает катастрофически мощное влияние на жизнь. Поэтому своевременная диагностика и лечение крайне необходимы, потому что больные НАО, в отличие от больных другими орфанными заболеваниями, при правильном лечении могут быть абсолютно социально активны, интеллектуально сохранны, они имеют продолжительность жизни как все остальные.

— Как пациенту с НАО или его близким людям не пропустить начало болезни? На какие симптомы нужно обратить внимание?

Е. Л.: Первым делом надо обратить внимание на свою семью. В большинстве случаев в семье, где больной с НАО, были или есть родственники, кто имеет похожую симптоматику. То есть если кто-то в семье страдает повторяющимися отеками, похожими болями в животе (которые не находят другого объяснения), особенно если в семье были смерти от отека гортани — это повод задуматься о том, что это может быть наследственное заболевание.

Надо помнить о том, что не всегда присутствует полная триада симптомов: периферические отеки, боли в животе (отек стенки кишечника) и отеки гортани. Иногда в начале заболевания присутствует только один из симптомов, что, конечно, затрудняет постановку диагноза. Если заболевание начинается с абдоминальных атак (болей в животе), часто пациент годами получает неэффективное лечение у гастроэнтеролога. Боли в животе могут быть у любого человека, но отличительной чертой абдоминальной атаки при НАО является появление жидкости в брюшной полости (асцита) или полости малого таза по данным УЗИ в момент развития приступа. Это тоже очень важный настораживающий признак — рецидивирующие асциты.

У наших пациентов симптомы не уменьшаются от применения обычных схем лечения, которые останавливают развитие других форм отеков: антигистаминных препаратов и системных гормонов. Для наших пациентов эта терапия не приносит пользы, отеки продолжают нарастать и сохраняются долго. То есть неэффективность стандартных средств терапии — это важнейший момент, который должен насторожить врача и пациента, потому что это может оказаться НАО.

— А возможно ли, что у пациента случается отек один раз в жизни?

Е. Л.: Вероятность того, что отек случится один раз в жизни и больше не повторится, крайне мала. Практически это невозможно.

— В каком примерно возрасте болезнь проявляется чаще?

Е. Л.: Большинство пациентов дебютируют в возрасте до 20 лет. Но это не исключает того, что дебют может возникнуть и в более позднем возрасте. Кроме того, у детей заболевание протекает легче, в большинстве случаев утяжеляется с момента полового созревания и уже во взрослом возрасте.

— Детская диагностика и взрослая чем-то отличаются?

Е. Л.: Отличается тем, что в возрасте до года это только генетическое исследование, потому что исследование биохимических показателей может показаться неинформативным. В более старшем возрасте проявления такие же, как и у взрослых, и методы обследования аналогичны.

— В 2014 году НАО был включен в список орфанных заболеваний. Что с тех пор изменилось на законодательном уровне?

Е. Л.: В 2014–2015 годах мы стали плотно заниматься этими больными, и уже количество больных стало прогрессивно расти с каждым годом. То, что НАО вошло в список орфанных жизнеугрожающих нозологий дает возможность пациенту рассчитывать на то, что государство после постановки диагноза должно обеспечить его жизненно важной, к сожалению, дорогостоящей терапией. По факту наши пациенты стали обеспечиваться существенно лучше, чем до этого события.

ИЛЬЯ УШАНКОВ: Нужно отметить, что еще в 2012 году появилось постановление правительства №403 «О Федеральном регистре пациентов, которые страдают орфанными заболеваниями». В соответствии с этим постановлением НАО включен в этот регистр. Как только пациент с НАО попадает в федеральный регистр, он приобретает право на обеспечение лекарственными препаратами, которые ему назначат врачи.

ЕЛЕНА БЕЗБОЖНАЯ: НАО включен в список 24 нозологий, и теперь регионы должны обеспечивать больных с НАО препаратами. Но когда препарат дорогой, бывает, что после слов пациенту «хорошо, мы будем вас лечить» препарат на местах не закупается.

— А показатель выживаемости за эти годы как-то изменился?

Е. Л.: Сложно сказать о показателе выживаемости, изменился ли он. К сожалению, эти люди по-прежнему погибают от отеков гортани, но с установленным диагнозом это происходит существенно реже. То есть люди и с диагнозом умирают, но без диагноза риск смерти в девять раз выше, чем когда диагноз установлен. В нашем регистре у наших пациентов каждый четвертый человек имеет в семье родственника, погибшего от отека гортани. Есть и семьи, в которых из пяти детей три умерли, но не в детском возрасте, а уже во взрослом — в возрасте около 30 лет. Вот, например, было три брата и три сестры, три из них уже погибли от отека гортани — это наши с вами современники, к сожалению.

— С какими сложностями приходится сталкиваться врачам в лечении пациентов с НАО?

Е. Л.: Очень мало лабораторий по России могут делать эти анализы. Анализы эти, к сожалению, помимо того, что они мало где делаются, на сегодняшний день не поддерживаются государством, то есть пациенты должны их делать за свои средства. Не все могут себе это позволить, тем более в отдаленных регионах просто технической возможности такой нет, один из показателей весьма чувствительный, поэтому мы сталкиваемся с ложноотрицательными и ложноположительными результатами.

Наши пациенты в абсолютном большинстве случаев имеют неправильные диагнозы в течение десятков лет. Они мигрируют от специалиста к специалисту — как правило, это от пяти до десяти разных специалистов, которые ставят разные диагнозы, не соответствующие действительности. По-хорошему хотя бы на регион должна быть лаборатория, которая качественно делает эти анализы.

Ведь сейчас что происходит. Если врач на месте заподозрил диагноз НАО у взрослого или ребенка, он отправляет в федеральный центр запрос о возможности госпитализировать пациента для верификации диагноза. Этот пациент приезжает к нам или в любой другой федеральный центр, где диагноз, соответственно, подтверждается или нет, а дальше информация об этом пациенте отправляется в региональный сегмент федерального регистра, а за этим идет лекарственное обеспечение. В идеале, конечно, можно было бы такую длинную петлю не делать, если бы были качественные возможности проводить исследования на местах. Тогда можно было бы обследование делать на месте, а, например, вопросы по подтверждению диагноза решать дистанционно в режиме телемедицины.

— Какова структура лечения?

Е. Л.: Само лечение делится на три основных направления.

Первое: препараты, используемые для купирования острой атаки — они есть, они весьма эффективны. Но терапия по требованию, которая исходно была вектором лечения этих больных, когда появились такие препараты, себя не оправдала, потому что, несмотря на то что эти препараты помогают и предотвращают летальные исходы, они не снимают страх ожидания предстоящей атаки. Потому что триггером атак со стороны заболевания помимо механической травмы бывает еще и стресс, то есть невеста перед алтарем может получить атаку и перекошенное лицо или интенсивный болевой приступ, поэтому эти пациенты постоянно живут в ожидании того, что это с ними случится. Причем препараты для купирования не решают вопрос моментально. Хотя эти препараты очень хорошо работают, они не снимают отек несколько часов. Но эти препараты должны быть обязательно на руках, потому что эффективность терапии зависит от скорости введения препарата на момент начала симптомов. То есть эти препараты все еще не позволяют пациентам жить полноценной жизнью.

Второе направление лечения — долгосрочная профилактика. Она нужна не всем пациентам, а более или менее тяжелым. Среди взрослых это две трети наших пациентов, среди детей — порядка 10–15%.

И третье направление — это подготовка к рутинным лечебным процедурам, таким как гастроскопия, удаление зуба и так далее, потому что механическая травма является очень мощным триггером для развития атаки при НАО. Для того чтобы этого не случилось, пациентов надо готовить к таким манипуляциям. Это называется краткосрочная профилактика перед какими-то конкретными манипуляциями.

— Какой может быть маршрутизация больных с НАО? На какие принципы опираться?

Е. Б.: Маршрутизация должна опираться на три принципа: доступность, эффективность и безопасность. Прежде всего это вопрос диагностики. Проблема в том, что диагностика пациентов с НАО не поддерживается государством. Хотя в каждой третьей семье, где есть больные с НАО, фиксируются смертельные случаи. В том числе из-за отсутствия нужной диагностики и, как следствие, неправильного лечения. Поэтому первый момент маршрутизации — это диагностика. Пациент приходит со своими жалобами к врачам первичного звена (участковый терапевт), далее его направляют к аллергологу-иммунологу, он его направляет на дальнейшие анализы, которые являются маркерами заболевания, далее, если диагноз подтверждается, лечащий врач (от поликлиники по месту прикрепления) вносит пациента в регистр в течение пяти рабочих дней. Вот и есть второй момент — включение пациента в регистр. Далее пациент приходит за рецептом, и по решению врачебной комиссии ему выписывают препараты, он идет в аптеку и получает их. Вот это «идеальный вариант» того, как должно быть. К сожалению, у нас так не происходит. Остаются проблемы постановки диагноза и обеспечения. Нередки ситуации, когда между постановкой диагноза и обеспечением существует длительный промежуток получения жизненно важных препаратов.

И. У.: «Золотой вариант» маршрутизации установлен еще в постановлении правительства от 2012 года, в котором прописаны сроки включения в регистр — пять дней. На шестой день пациент уже может идти к врачу, чтобы получить рецепт на препараты. В тот же день врач должен выписать рецепт, с которым пациент отправится в аптечный пункт, чтобы получить препарат, который ему жизненно необходим. Иными словами, в течение недели он уже должен быть обеспечен всем необходимым лечением. Но проблемы — они остаются.

— С какими сложностями и на каких этапах (диагностика, лечение, контроль, профилактика и др.) приходится сталкиваться пациентам с НАО?

Е. Б.: Главная сложность для пациента — это контроль самого заболевания. Контроль над заболеванием — это доступность современных препаратов для лечения редких заболеваний. Потому что отеки возникают внезапно, никто не знает, что будет завтра. И этот контроль очень тяжело дается. У нас впервые появилась современная патогенетическая долгосрочная терапия, которая может минимизировать отеки. Это очень страшно — жить и не знать, в какой момент может случиться очередной приступ.

Но есть пациенты, которые не приняли свой диагноз — их единицы, но они есть, они не хотят этого принимать, говорить на эту тему. Порой это усугубляется тем, что нет поддержки от родственников.

Согласно нашему ежегодному опросу среди пациентов с НАО на октябрь 2021 года, из 124 человек отеки брюшной полости, головы и шеи за год случились у 114 человек — это два отека в месяц, отеки с периферической локализацией — у 124 человек: от 1 до 13 атак. В среднем это два отека в месяц. Экономят на препаратах и подвергают себя угрозе жизни 81,5% человек (берегут препараты на случаи возникновения тяжелых приступов). Это связано с нестабильностью обеспечения в регионах льготными препаратами. Также в опросе мы уточнили, насколько часто люди вынуждены отменять свои планы. Из 124 человек часто отменяют 39%, иногда — 52% и никогда — лишь 9% опрошенных.

— С какими сложностями и на каких этапах (диагностика, лечение, контроль, профилактика и др.) приходится сталкиваться близким пациентов с НАО?

Е. Б.: Нам часто приходится выступать в роли психологов, на примере других личных историй рассказывать близким, для чего необходимо оказывать поддержку больным со стороны родственников. Важно вовремя диагностировать НАО среди близких родственников, чтобы назначить правильное лечение.

И. У.: Пациентская организация делает с врачами одно общее дело, выступая мостиком между пациентом, государственными органами здравоохранения и врачебным сообществом. Пациентская организация защищает права пациентов.

— Чем помогает ваша пациентская организация? Как находят вашу организацию пациенты?

Е. Б.: Роль пациентской организации состоит в том, чтобы защитить права пациентов — это один из основных видов нашей деятельности. А еще информирование. Мы рассказываем о самом заболевании, где и как можно диагностироваться (в каких клиниках), к какому врачу можно обратиться в регионе или на федеральном уровне, какие следующие шаги должен совершить пациент после постановки диагноза. Также пациентская организация занимается проведением вебинаров, школ, конференций — это все мы делаем от постановки диагноза пациенту и до получения пациентом препарата.

И. У.: Нам очень часто приходится представлять интересы пациентов в суде, и на то есть несколько причин. Пациенту не выписывают необходимый рецепт (это зона ответственности врача — жизнь и здоровье пациента). Врач все-таки выписал пациенту рецепт, но его не оказывается в аптеке. И в том, и в другом случае действует механизм обращений: пациенты письменно обращаются к руководителю медицинской организации, которая выписывает рецепт, или к руководителю регионального департамента или министерства здравоохранения за предоставлением необходимых препаратов. В этом случае и вступает в дело правовой механизм — он называется отсроченное обслуживание: когда пациент имеет на руках рецепт, он приходит в аптеку, там смотрят и говорят, что препарата нет в наличии, принимают его на отсроченное обслуживание, то по решению врачебной комиссии в течение 15 рабочих дней этот препарат должен поступить в эту аптеку, для того чтобы его смогли выдать конкретному пациенту. Если этого не происходит, то это нарушение прав пациента и повод для обращения в соответствующие органы.

Е. Б.: Пациенты находят информацию о пациентской организации в интернете, также врачи могут рассказать о нас пациенту, но, к сожалению, не все врачи об этом знают и говорят. На одном из форумов мы уже как-то поднимали вопросы того, каким образом врачи должны о нас узнавать. Одно из предложений было сделать определенные ссылки и пометки на организацию в разделе заболевания на сайте Минздрава, предлагается множество вариантов и путей того, как вообще пациент должен до нас дойти.

И. У.: Вы можете найти наш официальный сайт плюс можно выполнить поиск по ключевым словам. У нас есть ссылка в «Википедии» на странице о самом заболевании. Мы не благотворительный фонд, который помогает разово. Наша задача — организовать системную помощь пациенту, чтобы он получал помощь постоянно. Пациентская организация помогает с самыми затяжными случаями. Приведу пример: есть пациент, который много лет страдал заболеванием НАО и не получал правильного лечения. Спустя два с половиной года судебных тяжб, процессов, взаимодействия с местными органами власти, службой судебных приставов, обращаясь во все компетентные органы и инстанции, мы добились того, что пациент стал получать на руки необходимые для него препараты, которые были назначены ему врачебной комиссией. Наконец-то данный пациент смог получить нужную ему терапию.

Е. Б.: Есть истории, когда отеки начались в 14 лет, затем ремиссия в несколько десятков лет (очень редко такое случается) и в 50 лет опять проявление заболевания, после чего определяется диагноз. У пациентов с НАО очень сложно что-либо предсказывать. Но необходимые лекарства обязательно должны быть у всех. Каждый пациент должен иметь равный доступ к современной терапии. И, очень важно, найти своего врача.

И. У.: Не надо бояться этого заболевания — нужно его принять. И раз уж так произошло в этой жизни, то вы как пациент и как человек должны уметь постоять за себя. Не самостоятельно стучать в закрытые двери — вы всегда можете обратиться в пациентскую организацию. В данном случае работает девиз: «Вместе мы — сила».

Записал Олег Трубецкой

НЕКОНТРОЛИРУЕМЫЕ РЕАКЦИИ

Наследственный ангионевротический отек (НАО) — редкое заболевание, которое относится к группе первичных иммунодефицитов, распространенность которого составляет 1 на 50 тыс. Болезнь вызывается рядом триггеров и характеризуется отеком кожного покрова, подкожной клетчатки и/или слизистых оболочек. Патогенез (развитие болезни) НАО связан с дилатацией (расширением) и повышением проницаемости сосудов глубоких слоев дермы (кожного покрова) и подслизистого слоя. Это приводит к развитию отеков различной локализации, в том числе стенки кишечника, полых органов. Отеки преимущественно возникают на руках, ногах, лице, в брюшной полости, а также в гортани. Отек гортани вызывает обструкцию дыхательных путей, удушье и при отсутствии адекватной терапии может привести к смерти. Поэтому в случае возникновения отека гортани госпитализация обязательна. Отеки в брюшной полости сопровождаются острыми болями и сильной рвотой и также требуют госпитализации.

здравоохранение

Выбор кресла остается за пациентом

Девятый ежегодный рейтинг взрослых и седьмой ежегодный рейтинг детских частных стоматологических клиник России представляют экспертный журнал Startsmile и „Ъ“. Впервые оба рейтинга — детский и взрослый — сформированы одновременно. Значительная часть клиник смогла адаптироваться к работе в условиях пандемии, отмечаются рост активности в интернет-пространстве и увеличение числа детских клиник.

— рейтинг —

Ежегодный рейтинг частных стоматологических клиник России — некоммерческий проект, цель которого определить лидеров частной стоматологической сферы и помочь пациентам сделать выбор. Исследование охватывает всю Россию. В текущем году в нем приняли участие свыше 2 тыс. стоматологий, при оценке рассматривалось более 200 критериев их деятельности: спектр услуг, технологическая оснащенность, квалификация врачей, уровень сервиса, каналы коммуникации и др.

Принять участие в рейтингах может российская клиника, у которой есть лицензия на ведение медицинской деятельности. Для того чтобы стать участником детского рейтинга, нужно располагать хотя бы одним кабинетом для приема детей и одним профильным специалистом в штате. У потенциального участника взрослого рейтинга должно быть не меньше трех кабинетов.

Все участники были распределены по категориям. Взрослые по трем: клиники, которые действуют на рынке стоматологических услуг больше трех лет, клиники, работающие меньше трех лет, и сетевые клиники. В рейтинге детских стоматологий категорий две: клиники, работающие больше трех лет, и клиники, которым меньше трех лет.

Очевидна тенденция к разделению стоматологических услуг в соответствии с возрастом пациентов. Ряд клиник выделяет категорию «подростковая стоматология» с расширенным перечнем услуг. Развивается более узкая специализация в стоматологической сфере, о необходимости которой говорили многие авторитетные эксперты.

Еще одна положительная тенденция: немало клиник оказывают помощь детям с особенностями физического и психического развития. В ряде стоматологий для них организованы специальные пространства.

Многие ведущие клиники для взрослых стали открывать детские отделения, особую активность в этом проявляют сетевые стоматологии. Причем это не один кабинет с одним врачом, а отделения, которые специализируются только на работе с детьми.

Все больше детских стоматологий, работающих на рынке продолжительное время, предлагают комплексное лечение: совместно с терапевтами-стоматологами ведут прием ортодонты, рентгенологи, отоларингологи, специалисты по миофункциональной коррекции, остеопаты. Такой подход повышает качество диагностики и лечения, обеспечивает более долгосрочный результат терапии.

Все чаще к работе в детских клиниках привлекают специалистов с психологическим образованием — они оказывают помощь в ведении адаптационного приема, чтобы лечение не вызывало у ребенка стресса и страха.

По-прежнему открываются новые детские стоматологии, работающие по высочайшим стандартам, оснащенные современным оборудованием, и при этом располагаются они не только в Центральном регионе.

Однако можно также отметить и то, что на детском приеме специализируется много врачей со стажем менее пяти лет, что свидетельствует о нехватке опытных специалистов.

Одна из ведущих тенденций в условиях пандемии во взрослой стоматологии — тотальная диджитализация. Стоматологии тратят много сил и средств на развитие онлайн-коммуникации с пациентами: на сайтах, в социальных сетях, на порталах и так далее. Многие клиники освоили сервисы онлайн-консультаций. Увеличилось число клиник, где можно оплатить услуги онлайн и даже приобрести абонемент.

Активно открывают аккаунты в социальных сетях сами врачи. Еще пару-тройку лет назад это было прерогативой клиник.

В детской и во взрослой стоматологии резко расширилось применение седации и закиси азота. Российские клиники приближаются к европейскому стандарту работы, максимально исключающему дискомфортные ощущения у пациентов в процессе лечения. Но большинство клиник все еще не соблюдают требований законодательства к сайтам и не размещают информацию о наличии лицензий и политике конфиденциальности, сведения об организации, перечень услуг и их стоимость, информацию о врачах. Порой нет данных о сотрудниках, о порядке приема и записи на лечение, об условиях оплаты, прайс-листы малоинформативны, отсутствуют контактные данные надзорных органов. Нередко на сайтах нет даже фотографий врачей, интерьера клиники, снимков, демонстрирующих состояние полости рта до и после лечения.

Юлия Клоуда,
руководитель экспертного журнала о стоматологии Startsmile.ru

Топ-50 стоматологических сетевых клиник России

Немецкий имплантологический центр	Москва	Наб. Тараса Шевченко, д. 1/2
«Белая радуга»	Москва	Котельническая наб., д. 25, с. 1
Стоматологическая клиника Beauty Line	Москва	Ул. Никольская, д. 10
Belgravia Dental Studio	Москва	Ул. Молодогвардейская, д. 2, к. 1
Стоматология Agami	Москва	Ул. Советской Армии, д. 17/52
ABC Clinic	Краснодар	Ул. Дзержинского, д. 161/1
Сеть стоматологических клиник «Меди»	Санкт-Петербург	Невский просп., д. 82
Стоматологическая клиника «РуДента»	Москва	Пр-д Березовой Рощи, д. 6
Клиника семейной стоматологии «МедГарант»	Санкт-Петербург	Ул. Бадаева, д. 6, к. 1
Стоматология DLclinic	Санкт-Петербург	Большой просп. П. С., д. 9
«Дентал-Сервис»	Новосибирск	Ул. Героев Труда, д. 4
Бостонский институт эстетической медицины	Москва	Мичуринский просп., д. 7, к. 1
Центр стоматологии «Астрея»	Красноярск	Ул. Молокова, д. 1,к. 4
«Стамус»	Краснодар	Ул. Хакурате, д. 34
Сеть стоматологических клиник «Райден»	Санкт-Петербург	Ленинский просп., д. 116
«Галерея улыбок»	Санкт-Петербург	Ул. Красуцкого, д. 3, к. 2
Colibri Dental	Москва	Ул. 2-я Песчаная, д. 4
Atis Faber	Челябинск	Ул. Пушкина, д. 71
Сеть стоматологических клиник для детей и взрослых «Вероника»	Санкт-Петербург	Ул. Савушкина, д. 8, к. 2
Стоматологическая клиника «РеСто»	Ижевск	Ул. Удмуртская, д. 304н
Сеть стоматологических клиник «СМ-Стоматология»	Москва	Ул. Ярославская, д. 4, к. 2
Сеть стоматологических поликлиник «Здоровая улыбка»	Москва	Ул. Тимирязевская, д. 11, к. 1
Skydent	Новосибирск	Ул. Военная, д. 9/2
Сеть стоматологических клиник «Дента-Эль»	Москва	Университетский просп., д. 4
Сеть стоматологий George Group	Владивосток	Океанский просп., д. 41
Стоматологический комплекс «ПрезиДЕНТ»	Москва	Ул. Люблинская, д. 161
Немецкая стоматология Recomendent	Новосибирск	Ул. Салтыкова-Щедрина, д. 118
Doctor Frank	Екатеринбург	Ул. Шейнкмана, д. 90
Клиника эстетической ортодонтии «Конфиденция»	Санкт-Петербург	Ул. Чайковского, д. 5/10
Группа клиник «Стоматологическая практика»	Челябинск	Ул. Братьев Кашириных, д. 54г
Клиника доктора Лемберга	Москва	Ул. Лесная, д. 8а
Стоматология «Практик»	Самара	Ул. Вавилова, д. 27/29
Сеть стоматологических клиник «Вэладент»	Челябинск	Ул. Каслинская, д. 99в
Стоматологический центр города Primed	Санкт-Петербург	Невский просп., д. 130
Сеть семейных стоматологических клиник «Илатан»	Москва	Марксистский пер., д. 3
Сеть стоматологических клиник «Доктор Мартин»	Москва	Товарищеский пер., д. 12, с. 6
Стоматология «Доктор Дент»	Санкт-Петербург	Литейный просп., д. 24
Happy Dents	Москва	Ленинский просп., д. 111, к. 1
Стоматология инновационных технологий Smile-at-Once	Москва	Ул. Станиславского, д. 11
«Спартамед»	Омск	Ленинградская площадь, д. 6
Сеть стоматологических клиник «Медси»	Москва	Грузинский пер., д. 3а
Стоматологический центр «Дентика»	Воронеж	Просп. Космонавтов, д. 11
Сеть стоматологических клиник «Руссдент»	Краснодар	Ул. Калинина/Братьев Игнатовых, д. 382/120
Центр стоматологии «32 Практика»	Пермь	Комсомольский просп., д. 28а
Стоматологическая клиника «Домодент»	Домодедово	1-я Коммунистическая улица, д. 31б
Сеть стоматологических клиник Dental Forte	Набережные Челны	Бульв. Галиаскара Камала, д. 24а
Сеть стоматологических клиник «Премьера»	Уфа	Ул. Менделеева, д. 11
Стоматология «Улыбнись»	Москва	Ул. 3-я Мытищинская, д. 3, к. 2
«Прайм-стоматология»	Рязань	Ул. Есенина, д. 110
Клиника эстетической стоматологии ProSmile.Ru	Москва	Ул. Партизанская, д. 24
		Ул. Ленина, д. 104б

Топ-20 стоматологических клиник России, работающих до трех лет

Клиника KDI KOLN	Самара	Ул. Ленинская, д. 217
«Атмосфера»	Рязань	Ул. Цветной Бульвар, д. 10
Пародонтологический центр Максима Копылова MaxTreat	Москва	Ул. 2-я Черногрязская, д. 6, к. 2
Generatoin Family Dentistry	Москва	Ул. Ефремова, д. 10, к. 1
SDS Clinic	Санкт-Петербург	Ул. Наличная, д. 28/16
Пгактик Dental Clinik	Тюмень	Ул. 8 Марта, д. 1
Центр цифровой стоматологии «МарТ'и»	Москва	3-й Павелецкий пр-д, д. 3
Федеральная сеть стоматологических клиник Crocodent	Москва	Шмитовский пр-д, д. 3, с. 2
iSTOM Clinic	Санкт-Петербург	Просп. Чкаловский, д. 50б
Articon Clinic	Москва	Ул. Серпуховский Вал, д. 21, к. 4
DSstudio цифровая стоматология	Москва	Звонарский пер, д. 1
Soul dental clinic	Санкт-Петербург	Ул. Республиканская д. 24, к. 1
Клиника инновационной стоматологии «Академия улыбки»	Брянск	Ул. Имени А. Ф. Войстроченко, д. 2
Azizov Dental Clinic	Самара	Ул. Арцыбушевская, д. 40
«Прогресс Дент»	Москва	Ул. Долгоруковская, д. 40
Dr Minko Dental Clinic	Москва	Ленинградский просп., д. 36, с. 33
Time to Smile	Санкт-Петербург	Ул. Заозерная, д. 3, к. 2
«Два дантиста»	Санкт-Петербург	Московский просп, д. 183/185 лит Б
Doctor Mun	Москва	Напрудный пер, д. 15
Ortholove	Санкт-Петербург	Набережная Канала Грибоедова, д. 107

Топ-100 стоматологических клиник России, работающих свыше трех лет

Центр Приватной Стоматологии Доктор Левин	Москва	Ул. Льва Толстого, д. 5/1
Стоматология InWhite Medical	Москва	Ул. Мосфильмовская, д. 53, н/п 125
Клиника дентальной имплантологии и хирургии Refformat	Москва	Ул. Фадеева, д. 4а
Iceberg Dental Trauma Center	Москва	Ул. Щукинская, д. 2
Стоматология ОАО «Медицина»	Москва	2-й Тверской-Ямской пер., д. 10
Научно-клинический центр челюстно-лицевой хирургии стоматологии Sanabilis	Москва	Ул. Маршала Тимошенко, д. 17, к. 2
Клиника цифровой стоматологии Houston	Санкт-Петербург	Ул. Кременчугская, д. 9
Немецкий центр эстетической стоматологии Sdent	Москва	Ул. Профсоюзная, д. 31, с. 1
Клиника AG Faber Medical Center	Уфа	Ул. Энтузиастов, д. 6а
SmileClinic	Санкт-Петербург	Пер. Гривцова, д. 1/64
Европейский медицинский центр EMC	Москва	Ул. Щепкина, д. 35
Центр персональной стоматологии Владимира Новикова	Москва	Лопухинский пер., д. 3, с. 3
Стоматологическая практика «Альгарди»	Москва	Ул. Кржижановского, д. 13, к. 2
Queen Nella Clinic	Москва	Чапаевский пер., д. 3
Авторская клиника эстетической стоматологии «Мастерская улыбок»	Санкт-Петербург	Загородный просп., д. 26
Medall	Санкт-Петербург	Левашовский просп., д. 24
Smile Design	Санкт-Петербург	Кушелевская дорога, д. 3, к. 2
Центр междисциплинарной стоматологии и неврологии	Москва	Комсомольский просп., д. 32, к. 2
Alba Apex стоматологическая клиника	Москва	Ул. Климашкина, д. 5
Профессорская стоматология «22 век»	Москва	Просп. Мира, д. 89
Инновационная стоматология на Марата-31	Тула	Ул. Марата, д. 31
Art Oral Стоматологическая клиника Sergey Chikunov	Москва	Ул. Жуковского, д. 2
Центр дентальной имплантологии Estetus	Москва	Ул. 1-я Брестская, д. 43
Стоматологическая клиника Dentblanc	Москва	Мичуринский просп., д. 5
Центр микроскопной стоматологии	Махачкала	Ул. Дахадаева, д. 128
«Стоматология 31»	Москва	Новинский бульв., д. 31
Центр стоматологии инновационных технологий им. Тихонова И. Е.	Тула	Ул. Революции, д. 17а
Швейцарская стоматологическая клиника Swiss Smile	Москва	Всеволожский пер., д. 2, с. 2
Эстетическая стоматология Atribeaute Clinique	Санкт-Петербург	Новочеркасский просп., д. 33, к. 3
Фамильная стоматология	Москва	Ул. Маршала Рыбалко, д. 2, к. 3
Имплантологический центр NKclinic	Москва	Ленинский просп., д. 72/2
White Dental Clinic	Самара	Ул. Садовая, д. 137
«3D стоматологическая клиника НоваДэнт»	Тула	Ул. Демонстрации, д. 1г
Клиника Simplex	Санкт-Петербург	Полтавский пр-д, д. 2в
Немецкий стоматологический центр	Москва	Ул. Волочаевская, д. 2, к.1
«Классик Дент»	Екатеринбург	Ул. Мамина-Сибиряка, д. 36
Клиника «Стоматология Бест»	Москва	Ул. Октябрьская, д. 36
Apeks.clinic	Севастополь	Ул. Годлевского, д. 13
Стоматологическая клиника «Реудент»	Реутов	Ул. Калинина, д. 26
Стоматология LuxSmile	Астрахань	Ул. Донбасская, д. 3
Центр стоматологии «Виртуоз»	Воронеж	Ул. Владимира Невского, д. 14
Стоматология «Дмитрович и коллеги»	Москва	Петровско-Разумовская аллея, д. 10
Стоматологическая клиника «Вид»	Ростов-на-Дону	Просп. Стачки, д. 177/2
Центр современной стоматологии на Бауманской	Москва	Ул. Бауманская, д. 32
Стоматологическая клиника «ГрандМед»	Санкт-Петербург	Ул. Садовая, д. 35
Стоматологический центр «МедиЛайн»	Ульяновск	Ул. 40-летия Победы, д. 9
Стоматологическая студия «Тарилюкс»	Хабаровск	Ул. Дзержинского, д. 65
Стоматология «Мегадента Клиник»	Екатеринбург	Ул. Кузнечная, д. 83
Стоматологическая клиника «Столица»	Москва	Просп.т Мира, д. 12, с. 3
Профессорская стоматологическая клиника на Арбате	Москва	Улица Арбат, д. 9, с. 2
Клиника здоровья и красоты Everon	Москва	Волгоградский просп., д. 8
DrSHIPKOV Dental Clinic	Москва	Протопоповский пер., д. 17, с. 3
Клиника «А-Стом»	Благовещенск	Ул. Амурская, д. 208
«Швейцарская стоматология»	Челябинск	Кирова, д. 159
«Сталант»	Самара	Ул. Николая Панова, д. 28а
Профессорская клиника Едранова	Владивосток	Океанский просп., д. 48а
GMS Dental	Москва	1-й Николощеповский пер., д. 6/1
Клиника «Стоматолог и Я»	Белгород	Белгородский просп., д. 54
«Клиника авторской стоматологии Новиченко»	Анапа	Ул. Крылова, д. 31
Stomos — Центр стоматологии Доктора Осипова	Москва	Ул Косыгина, д. 5
Клиника эстетической стоматологии «Галадент»	Уфа	Ул. Российская, д. 94, к. 2
Стоматология «Витал ЕВВ»	Екатеринбург	Ул. Шейнкмана , д. 136
Studio32	Краснодар	Ул. Усачева, д. 62, с. 1
«Ваша улыбка»	Симферополь	Ул. Киевская, д. 71
Медико-стоматологическая клиника Shifa	Москва	Ломоносовский просп., д. 25, к. 1
Стоматологическая клиника Dazhaev	Москва	3-я ул. Ямского Поля, д. 9, к. 6
Стоматологическая клиника «Подмосковье»	Ярославль	Ул. Некрасова, д. 41
Центр немецкой стоматологии	Екатеринбург	Ул. Сакко и Ванцетти, д. 64
Celebrity Clinic	Нижний Новгород	Ул. Родионова, д. 165, к. 10
Европейский стоматологический центр	Екатеринбург	Ул. 8 Марта, д. 175
«АктивСтом»	Москва	4-й Крутицкий пер., д. 14
Стоматология World Dent	Краснодар	Ул. Буденного, д. 129
«Один к одному»	Пермь	Ул. Газеты Звезда, д. 60
Стоматология «Здоровье»	Санкт-Петербург	Ул. Бабушкина, д. 3
Стоматологическая клиника PerfectSmile	Санкт-Петербург	Ул. Чайковского, д. 25
Стоматология Esthetic Classic Dent	Москва	Ул. Садовая-Черногрязская, д. 3б, с. 1
Стоматология «Медикус»	Сочи	Ул. Демократическая, д. 50/1
US Dental Care	Москва	Олимпийский просп., д. 16, с. 5
Стоматологическая клиника «ДЕНТиК Люкс»	Краснодар	Сул. еверная, д. 400
Стоматологическая клиника «АктивСтом»	Москва	4-й Крутицкий пер., д. 14
Многопрофильная клиника «Центральная стоматология»	Челябинск	Ул. Курчатова, д. 28
Канадская стоматология	Москва	Дербеневская наб., д. 1/2
Стоматологический центр «Максима»	Смоленск	Ул. Исаковского, д. 24
3DENT Dental Clinic	Москва	Ул. Нижняя Красносельская, д. 35, с. 23
«Практика доктора Склярука»	Москва	Ул. Смольная, д. 24а
Клиника эстетической стоматологии Vimontale	Москва	Зеленый просп., д. 48, к. 3
Стоматология «Имплантмастер»	Москва	Малый Сухаревский пер., д. 9, с.1
Стоматология «Домостом»	Домодедово	Ул. 1-я Коммунистическая, с. 1
Стоматологический центр «Ионика»	Москва	Ул. Соловьиная Роща, д. 16
Стоматология Kraftway Clinic	Москва	Ул. 3-я Мытищинская, д. 16, с. 3
Стоматологическая клиника МАН	Брянск	Просп. Ст. Димитрова, д. 16
Стоматологическая клиника Smile Gallery	Новосибирск	Ул. Толстого, д. 56
Стоматологическая клиника Academic Dentistry	Москва	Университетский просп., д. 16
Стоматология «Ортодонт-Элит»	Москва	Ул. Усачева, д. 19а, к. 2
Стоматология «Лаки Смайл»	Москва	Тессинский пер., д. 5, с. 1
Центр немецкой стоматологии Frau Dent	Москва	Подсосенский пер., д. 20а
Стоматологическая клиника «Радикс»	Южно-Сахалинск	Просп. Победы, д. 65а
Семейная стоматология Family Smile	Москва	Ул. Воронцовская, д. 20
Экспертная стоматология Esta	Москва	Ул. Викторенко, д. 4, к. 1
Стоматологический центр «Клиника 32»	Санкт-Петербург	Комендантский просп., д. 25

Топ-15 детских частных стоматологических клиник России, работающих до трех лет

InWhite Medical Kids	Москва	Ул. Мосфильмовская, д. 53
Agami Kids	Москва	Пер. Наставнический, д. 17, с. 1, подъезд 17
UMG Kids	Новосибирск	Ул. Потанинская, д. 10а
Федеральная сеть стоматологических клиник CrocoDent	Москва	Шмитовский пр-д, д. 3, с. 2
«Белая радуга»	Москва	ул. Архитектора Щусева д. 2, к. 3
Queen Nella Kids	Москва	Чапаевский пер., д. 3
Under Son	Москва	Каширское ш., д. 16
Детская стоматология Atribeaute Kids	Санкт-Петербург	Новочеркасский просп., 33, к. 3, литер А
Atis Kids	Екатеринбург	Ул. Шейнкмана, 121
Детская стоматология «Белый кит»	Челябинск	Ул. Труда, д. 172
Generation Family Dentistry	Москва	Ул. Ефремова, д. 10/1
«Академия улыбки Kids»	Брянск	Ул. имени А. Ф. Войстроченко, д. 2
«Дента Люксик»	Чита	Ул. Бутина, д. 107
Colibri Dental Clinic	Москва	Ул. Краснопролетарская, д. 7
ПРАКТИК Dental Clinic	Тюмень	ул.8 Марта, 1

Топ-50 детских частных стоматологических клиник России, работающих свыше трех лет

Стоматология для детей «Дентал Фэнтези»	Москва	Ул. Молодогвардейская, д. 2, к. 1
Iceberg Dental Trauma Center	Москва	Ул. Щукинская, д. 2
Детская стоматология «Вероника»	Санкт-Петербург	Ул. Савушкина, д. 12а
Семейная зубная клиника «Щелкунчик»	Москва	Мичуринский просп., д. 29
Детская стоматология «Зубренок»	Москва	Балаклавский просп., д. 2, к. 5
Детская стоматология «Практик»	Самара	Просп. Ленина, д. 16
Детская стоматология «Астрея»	Красноярск	Ул. Ладо Кецховели, д. 71
Клиника «РуДента Кидс»	Москва	Пр-д Березовой Рощи, д. 8
ABC Clinic	Краснодар	Ул. Дзержинского, д. 161/1
SkyDent Kids	Новосибирск	Ул. Военная, д. 9/2
Детская клиника «Дентал-Сервис»	Новосибирск	Ул. Ленина, д. 17
Центра стоматологического здоровья детей «Мегадента»	Екатеринбург	Ул. Кузнечная, д. 83
Детская клиника «Тари Лэнд»	Хабаровск	Ул. Ким Ю Чена, д. 44м
Центр детской стоматологии «32 Практика»	Пермь	Просп. Комсомольский, д. 28а
Сеть детких стоматологий «Натадент»	Москва	Ул. Зоологическая, д. 32
Детская стоматология BabyDent	Челябинск	Ул. Братьев Кашириных, д. 54г
Детская стоматология «Дентика Kids»	Воронеж	Ул. Ленина, д. 104б
«СМ-Стоматология«	Москва	3-й пр-д Марьиной Рощи, д. 41
Stamus Dental Clinic	Краснодар	Ул. Хакурате, д. 34
Клиника семейной стоматологии «МедГарант»	Санкт-Петербург	Ул. Туристская, д. 10, к. 1
Клиника детской стоматологии «Меди на Чкаловском»	Санкт-Петербург	Чкаловский просп, д. 35
Центр детской стоматологии «Виртуоз»	Воронеж	Ул. Владимира Невского, д. 14
Стоматология «Прайм-стоматология»	Рязань	Ул. Советской Армии, д. 9
Стоматологическая клиника «РеСто»	Ижевск	Ул. Пушкинская 221В
Клиника стоматологии доктора Машукова для детей и взрослых «Медалист»	Иркутск	Просп. Маршала Жукова, д. 11/3
Детский стоматологический центр «Вэладент Джуниор»	Челябинск	Ул. Коммуны, д. 106/1
AGF Kinder детская стоматология	Уфа	Ул.Энтузиастов, д. 6
«Африка» детская и семейная стоматология	Ставрополь	Ул. Мира, д. 316
Центр здоровья детей PrimedKids	Санкт-Петербург	Ул. Киевская, д. 3
Стоматология «Белая медведица»	Санкт-Петербург	Выборгское ш., д. 23, к. 2
Европейский медицинский центр (EMC)	Москва	Ул. Трифоновская, д. 26
Детский медицинский центр Euromed Kids	Санкт-Петербург	Ул. 1-я Никитская, д. 30, литера А
Детская стоматология «Светофор»	Санкт-Петербург	Ул. Брянцева, д. 13, к. 1
Инновационный стоматологический центр «Гулливер»	Уфа	Ул. Софьи Перовской, д. 54
Детская стоматология «Бобренок»	Ростов-на-Дону	Ул. Еременко, д. 58/11
Сеть детских стоматологий «Динозубрик»	Нижний Новгород	Ул. Варварская, д. 8/22
«ВиталЕВВ»	Екатеринбург	Ул. Шейнкмана, д. 136
Детская стоматология «Классик Дент»	Екатеринбург	Ул. Мамина-Сибиряка, д. 36
Детская стоматология «Табиб бэби»	Уфа	Ул. Российская, д. 45
GMS Dental	Москва	1-й Николощеповский пер, д. 6, с. 1
Детская стоматология «Никоренок»	Зеленоград	Зеленоград, к. 1825
Стоматология «Малыш и Карлсон»	Москва	Ул. Улофа Пальме, д. 1
«Аляска Dental Clinic»	Пятигорск	Просп. Калинина, д. 78
«Премьера Детство»	Уфа	Ул. Айская, д. 20
«Стоматология Шлепковых»	Краснодар	Ул. Старокубанская, д. 137, к. 2
Детская стоматология «Доктор Добряков»	Омск	Просп. Карла Маркса, д. 16
Детскиая клиника «Медси»	Москва	Благовещенский пер., д. 2/16, с.1
«Планета детства»	Москва	Ул. Кантемировская, д. 20
Медицинский центр «Интердентос»	Королев	Просп. Космонавтов, д. 11
Семейная стоматология Family Smile	Москва	Ул. Воронцовская, д. 20

Приложение к газете «Коммерсантъ» («Здравоохранение»). | **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 | **Галина Кожеурова, Екатерина Репях** — фоторедакторы | **Екатерина Бородулина** — корректор | Ограничение: 16+