



Тематические страницы газеты **Коммерсантъ**

Здравоохранение

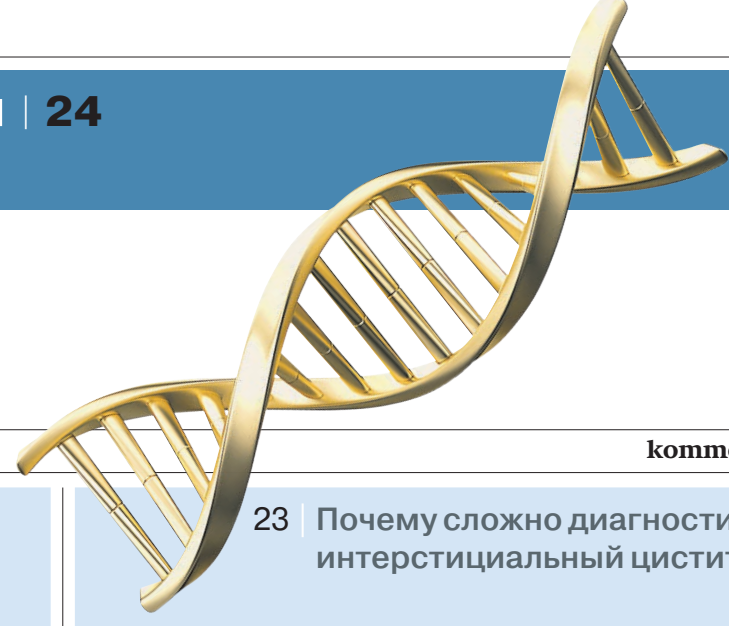
Вторник 31 марта 2026 №55 (8229 с момента возобновления издания)

kommersant.ru

21 Почему в РФ растет число случаев смены терапии без медицинских оснований

22 Какие преимущества есть у бариатрической хирургии

23 Почему сложно диагностировать интерстициальный цистит



Сладость пуще горечи

Парентеральные препараты для лечения сахарного диабета (СД) по итогам прошлого года оказались одним из самых быстрорастущих сегментов российского фармрынка. Объем госзакупок и розничных продаж инсулинов, препаратов на основе глюкагоноподобных пептидов (ГПП), а также их комбинаций в прошлом году показал динамику в 33% в натуральном выражении, и почти 70% — в денежном, достигнув 75,7 млрд руб. При этом на фоне почти трехкратного роста продаж ГПП-препаратов, более известных как аналоги ушедшего из России бренда «Оземпик» от датской Novo Nordisk, заметный рост физического потребления после пятилетнего периода его падения показали и инсулины.

— тенденция —

Иглой дороги меряют

За прошлый год объем рынка инсулинов составил 32,8 млрд руб. (коммерческие продажи и бюджетный сегмент совокупно, данные AlphaRM), что на 11% больше, чем годом ранее (в 2024 году в денежном выражении он составил 7% год к году). При этом в 2024 году основными драйверами увеличения оборота были повышение средней стоимости упаковки и переключение спроса с относительно

дешевых генно-инженерных инсулинов человека (ГИИЧ) на более дорогие продукты — так называемые аналоговые инсулины. В натуральном выражении рынок тогда stagnировал: было реализовано чуть более 14 млн упаковок, что соответствовало росту всего на 0,15% к уровню 2023 года. Физическое потребление изменилось в 2025 году: объем продаж инсулинов вырос на 719,9 тыс. упаковок, из которых 576 тыс. пришлось на закупки в госсегменте. Сама по себе величина прироста выглядит осо-



бенно примечательной, если сопоставить ее с потенциальной потребностью пациентов, проживающих на территориях, присоединенных к России в 2022 году. По доступным оценкам, совокупное минимальное население Донецкой и Луганской республик, а также Запорожской и Херсонской областей даже с учетом миграционного оттока может составлять

порядка 6 млн человек. При распространенности сахарного диабета на уровне 3,5–4% это соответствует не менее чем 200 тыс. пациентов, из которых около четверти нуждаются в инсулинотерапии. Таким образом, даже при минимальном расходе инсулина — порядка одной упаковки в месяц на пациента — потенциальная потребность для этих регионов

составляет около 600 тыс. упаковок в год, что примерно соответствует росту бюджетных закупок 2025 года. Генеральный директор аналитического агентства AlphaRM Николай Демидов полагает, что на интеграцию новых регионов в российскую систему лекарственного обеспечения может косвенно указывать заметный рост с 2021 года продаж инсулинов в апте-

ках в приграничных регионах: Курской (+19%), Ростовской (+66%) и Белгородской (+11%) областях. Однако, по словам эксперта, из-за сложной логистики нельзя однозначно ответить на вопрос, как именно снабжаются препаратами новые территории. При более реалистичных оценках потребления и доли «новых» пациентов, нуждающихся в инсулине, этот показатель может быть существенно выше и достигать 1–1,2 млн упаковок в год. При этом динамика предыдущих лет выглядела противоположной. В год присоединения новых территорий продажи и закупки инсулинов сократились примерно на 3%, а в 2023 году рынок показал еще одно такое же снижение — до 13,98 млн упаковок — самый низкий объем за последние пять лет. Одновременно с этим аналитики AlphaRM фиксировали противоположный тренд: резкий рост доли несостоявшихся гостендеров на поставку инсулинов. В 2022 году этот показатель вырос почти на 17 п. п., а к 2025 году составил 43,5% (по объему тендеров, выраженному в упаковках). При этом снизилась и конкуренция среди потенциальных поставщиков: в 2021 году доля аукционов, в которых участвовало более одного дистрибутора, составила 22,5%, в 2022 году — 13,3%, в 2025 году — только 3,3%. c22

БАДы дотягиваются до пациентов

— регулирование —

С 1 марта этого года врачи должны назначать пациентам биологические активные добавки (БАД) по специальным правилам, утвержденным правительством. Законодательные инициативы регулятора по включению БАДов в контур здравоохранения могут стать новым ресурсом роста рынка, который в то же время невозможен без контроля за злоупотреблениями и развития собственной сырьевой базы.

С 1 марта 2026 года вступил в силу приказ Минздрава, регулирующий назначение БАДов врачами. В перечень БАДов, утверждаемый Минздравом, теперь включаются продукты, соответствующие критериям, утвержденным правительством, а также требованиям технических регламентов Евразийского экономического союза.

Среди критериев качества БАДов, обнаруженных заместителем министра здравоохранения Сергеем Плаголевым в ходе выступления на выставке Nutricon, — наличие действующего свидетельства о госрегистрации БАДА, проведение производителем ежегодных испытаний готовой продукции на соответствие показателям безопасности и количественному содержанию биологически активных веществ, указанных в технической документа-

ции изготовителя, а также соответствие техническими регламентами Таможенного союза.

Эффективность БАДов предлагается оценивать через наличие в действующих биологических рекомендациях рекомендаций об их эффективности. По словам чиновника, будет учитываться и наличие у производителя данных о собственном изучении эффективности продукта (клинических испытаний, наблюдений), доказывающих положительное влияние на здоровье человека и положительный эффект взаимодействия БАДов с пищей, лекарственными препаратами с учетом курса приема и дозировок. Также регулятор будет принимать научные публикации с информацией о составе БАДов, режиме дозирования, способе применения, доказывающие положительное влияние на здоровье человека.

По задумке регулятора перечень биологически активных добавок будет корректироваться. Как и с ЖНВЛП, будет действовать заявительный и комиссионный принцип формирования перечней с экспертной оценкой и основаниями для исключения БАДА из рекомендуемых перечней, в том числе по наличию в составе неразрешенных и небезопасных ингредиентов. Все это призвано обеспечить прозрачность и безопасность для пациентов, четкий регламент и ответственность для врачей и формирование нового легального канала назначений для рынка.

Розничный рынок БАДов, по данным платформы «Честный знак», в 2025 году составил 596 млн упаковок, или 297 млрд руб., из которых 63% в деньгах составляют отечественные БАДы, 29% — импортные. Средняя стоимость упаковки БАДА, реализованной по чеку, составила в 2025 году 529 руб. Около 207 млрд руб. было потрачено потребителями в аптеках, на маркетплейсы пришлось 55 млрд руб. Ввоз БАДов в РФ посредством трансграничной торговли (из ЕАЭС) оценивается «Честным знаком» в 4%. За 2025 год с рынка ушла большая часть БАДов, введенных в оборот до вступления в силу обязательной маркировки.

Введение Минздравом перечней БАДов к назначению врачами может стать стимулом для увеличения доли населения, потребляющего биологические добавки на регулярной основе, и роста собственной производственной базы, считает исполнительный директор СРО «Союз производителей БАД к пище» Александр Жестков. Пока эта цифра потребления БАДов в России существенно ниже европейских и азиатский уровень и держится на отметке 30–32% в Европе — 55–60%. «Вхождение БАДов в контур системы здравоохранения демонстрирует непосредственно врачам то, что государство доверяет этой продукции при определенных критериях и условиях, и соответствие требованиям регулятора», — го-

ворит господин Жестков. Проведенные им опросы показывают, что 30% врачей в своей практике рекомендуют биодобавки, 30% не рекомендуют, но не видят негатива, и оставшиеся 40% категорически против БАДов.

Позитивно оценивает инициативу Минздрава и научный руководитель ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» академик РАН Виктор Тутельян. «БАДы должны стать частью рациона каждого человека: от молодого до глубоко пожилого человека», — говорит он. Экология, производственная среда, болезни, которые накапливаются с возрастом, делают дополнительную нагрузку на наш организм. Чтобы сопротивляться, нам нужны витамины, минеральные вещества, микроэлементы, которые создают эту подушку безопасности. Рекомендация со стороны врача станет дополнительной гарантией качества и уровня препаратов». При этом бесконтрольное применение и самоназначение БАДов недопустимо и может закончиться если не трагедией, то заболеваниями. «Поэтому контроль обязателен, и следить за этим рынком надо очень хорошо, ведь в погоне за деньгами ряд предпринимателей готовы идти на разные нарушения», — говорит академик Тутельян. Он также призывает пресекать каналы нелегального импорта БАДов и пользоваться ресурсами отечественных лабораторий для оценки качества продуктов.

Напомним, что, по данным Минпромторга России, доля нелегального оборота БАДов с 2022 по 2025 год сократилась с 22% до 5%. «После введения маркировки в три раза выросло количество производителей, о которых ранее мы не знали и которые не считывались в Росстат, и в 12 раз выросло количество импортеров, вышедших в легальную зону», — констатировала в ходе пленарной сессии выставка Nutricon замминистра промышленности и торговли РФ Екатерина Приезжева. Количество нарушений, выявляемых системой «Честный знак», снизилось на 45%. С ноября 2024 года на кассах была заблокирована продажа около 42 млн упаковок без разрешительной документации. Прошедший в прошлом году эксперимент по мониторингу производителей выявил 32 объекта, из которых лишь 6 доказали наличие производственной базы. «Важно отсеивать таких псевдороссийских производителей на самой ранней стадии и пресекать получение ими кода маркировки», — сказала Екатерина Приезжева. Подобные мониторинги станут постоянными. С 1 марта также расширена группа БАДов, подлежащих маркировке (жиры из печени и различные ферменты). Ужесточаются и меры по контролю за вводом в оборот БАДов к пище, разрешительная документация на которые не соответствует карточке товара на маркетплейсе. c23

Россиянам прописывают самообслуживание

— регуляторика —

На прошлой неделе правительство утвердило Концепцию развития первой доврачебной помощи до 2036 года. Реализация концепции планируется в три этапа. В ближайшее время соцблок подготовит план соответствующих мероприятий, механизмы контроля и мониторинга, индикаторы и показатели эффективности. Основным результатом реализации концепции станет готовность населения к эффективному оказанию первой помощи при возникновении жизнеугрожающих состояний. Это в конечном итоге позволит снизить в стране смертность от бытового травматизма.

Правительство России утвердило Концепцию развития первой помощи до 2036 года. Об этом на прошлой неделе сообщил премьер-министр Михаил Мишустин.

«По поручению президента правительство разработало и утвердило Концепцию развития первой помощи, которая оказывается еще до приезда врачей. Навыки того, как правильно позаботиться о человеке, попавшем в беду, нужны каждому. От несчастных случаев никто не застрахован. А умение быстро ориентироваться, оказать первую помощь, предпринять соответствующие действия нередко позволяет спасти жизнь человеку, предотвратить осложнения для здоровья. Важно, чтобы у людей был набор знаний, как действовать в экстренной ситуации, чтобы помочь и себе, и своим близким», — отметил он на заседании кабинета.

Как рассказала вице-премьер Татьяна Голикова, в современных условиях во всем мире травматизм — это одна из ведущих медицинских и социальных проблем. По дан-

ным Всемирной организации здравоохранения, травма занимает третье место среди причин смертности населения. «И, безусловно, это актуально для каждой из стран, в том числе для нашей. Поэтому тот документ, который сегодня принимает правительство, — до 2036 года, имеет ключевое значение. Мы прекрасно понимаем, что ежедневно происходит ситуация, когда для сохранения жизни и здоровья требуется принятие экстренных мер для помощи человеку.

С 2024 года российское правительство уделяет внимание вопросу обучения жителей страны — навыкам оказания первой помощи обучено почти 3,2 млн граждан, подготовлено почти 14 тыс. инструкторов и более 2 тыс. преподавателей, которые обучают навыкам первой помощи. «В 40 регионах созданы рабочие группы по вопросам оказания первой помощи, в 38 приняты региональные нормативные акты. Но нужно систематизировать эту работу и обеспечить единство подходов, которые используются при решении этих задач. Поэтому целью концепции является развитие первой помощи, создание условий для обучения населения навыкам ее оказания и применения этих навыков на практике», — сообщила вице-премьер.

К реализации концепции предполагается привлечь широкий круг участников: образовательные, общественные, некоммерческие и научные организации, общественные объединения и объединения работодателей, экспертное сообщество и активных граждан. Предполагается также развивать взаимодействие между бизнесом и государством, реализовывать информационно-просветительскую работу, развивать инфраструктуру организаций, где проходит обучение навыкам первой помощи. «Мы будем проводить тема-

тические олимпиады для школьников, студентов, обеспечивать подготовку и переподготовку сотрудников, которые обязаны оказывать первую помощь и, как я уже сказала, готовить преподавателей», — рассказала Татьяна Голикова.

Реализация концепции планируется в три этапа. В ближайшее время соцблок подготовит план соответствующих мероприятий, механизмы контроля и мониторинга, индикаторы и показатели эффективности. Основным результатом реализации концепции является обеспечение готовности населения к эффективному оказанию первой помощи при возникновении жизнеугрожающих состояний. Это позволит сделать вклад в основные национальные показатели ожидаемой продолжительности жизни россиян.

«Первая помощь — термин, который может быть, для кого-то и незнаком, но это крайне важное направление. Речь идет не о медицинской помощи, а о спасении человеческих жизней. Это доврачебная помощь. Мы говорим о ситуациях, в которые может попасть любой человек: от захлебывания водой до ДТП, травм, обмороков, остановки сердца и многих других состояний. Когда человек находится под прямой угрозой, необходимо предпринимать определенные действия. Но зачастую окружающие просто не знают, как помочь, и все рассчитывают на приезд скорой помощи. При этом по совершенно объективным причинам скорая может не успеть: это и отдаленные регионы, и пробки, и множество других обстоятельств. Именно поэтому это уже мировой тренд, и, к сожалению, тысячи, а может быть, и десятки тысяч людей погибают из-за того, что окружающие не владеют навыками оказания первой помощи», — говорит председа-

тель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев. — О чем идет речь? О самых базовых вещах. Например, наложение жгута — человек может истечь кровью до приезда скорой. Или помощь человеку, который подавился едой. Это искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, когда нужно запустить сердце. Помощь при обмороке и многое другое. Эти элементарные навыки действительно позволяют спасти жизнь».

Юрий Жулев подчеркивает — это элементарные действия: нужно знать, как правильно подойти к сзади, как помочь — все это вложено в фильмы. «Но в реальности часто оказывается, что некому это сделать. Некому провести непрямой массаж сердца, некому наложить жгут, потому что люди не знают, где и как это делать», — говорит он.

Также, по его словам, в нашей стране эта тема уже развивается: существуют различные курсы, этим занимаются как государственные, так и частные организации. Но сейчас речь идет уже о формировании общегосударственного подхода. Он предполагает, с одной стороны, расширение системы обучения граждан навыкам первой помощи, а с другой — обобщение регионального опыта и его масштабирование на всю страну.

«Уже высказывал эту идею: возможны дополнительные стимулирующие механизмы. Например, если школьники проходят такие курсы, можно предусмотреть дополнительные баллы — условно, при поступлении. Важно подключить и работодателей, чтобы обучение проходило внутри трудовых коллективов с последующей сертификацией. Но здесь принципиально важно, чтобы это не было формальностью. Потому что сертификат никого не спасет. В критической ситуации важны реальные навыки — способен

ли человек действительно помочь и спасти жизнь. И важно понимать: первая помощь — это не вопрос врачей. Еще раз подчеркну: это не медицинская помощь, а доврачебная. Это ответственность каждого из нас — обладать базовыми навыками спасения жизни. Причем речь не только о бытовых ситуациях, но и о чрезвычайных обстоятельствах: от травм до любых ЧП. Именно поэтому такие навыки должны формироваться с раннего возраста: в школе, в образовательных учреждениях, на рабочем месте. Чем больше людей будет владеть этими навыками, тем больше жизней мы сможем сохранить. Это мировой тренд, абсолютно правильный. И наша позиция: мы полностью поддерживаем усилия государства в этом направлении и разработку соответствующей концепции», — говорит он.

«Развитие системы первой помощи — важная и своевременная мера. Особенно важно, чтобы обучение проводилось профессионально и формировало у людей четкое понимание, как действовать в разных ситуациях. На практике нередко возникают случаи, когда, стремясь помочь, люди совершают ошибки — например, не различают приступ эпилепсии, удушье или другие состояния, требующие разных алгоритмов действий. В таких ситуациях некорректная помощь может не только не принести пользы, но и усугубить состояние пострадавшего. Поэтому важное значение имеет не только расширение доступности обучения, но и его качество. Формирование базовых, но правильных навыков первой помощи способно существенно снизить риски и повлиять на исход в критических ситуациях», — соглашается директор департамента маркетинга «Медицина» «АльфаСтрахования» Алиса Безлюдова.

Анастасия Мануйлова

Здравоохранение

«Бариатрическая хирургия вызывает долгосрочное снижение массы тела»

По данным DSM Group, в 2025 году продажи препаратов на основе семаглутида в России достигли около 29,2 млрд руб., что почти в три раза больше, чем в 2024 году (9,9 млрд руб.). Отечественные компании активно выводили на рынок свои аналоги оригинального датского семаглутида в 2023–2024 годах, а в 2025 году на российском рынке появились препараты на основе нового вещества — тирзепатида — это также инъекционный препарат, но его отличает действие сразу на два рецептора (GLP-1 и GIP), а не на один. Параллельно фармацевтические гиганты разрабатывают аналоги инъекционного семаглутида в таблетированной форме, что было бы удобнее для пациентов. О том, сможет ли лекарственная терапия в ближайшее время полностью заменить другие методы борьбы с серьезным ожирением, например бариатрическую хирургию, рассказывает член правления Общества бариатрических хирургов (ОБХ) **Максим Буриков**.

— мнение —

— **Насколько сейчас популярна бариатрическая хирургия?**

— В мире ежегодно проводится более 500 тыс. бариатрических операций, львиная доля из них — в США: порядка 230 тыс. Что удивительно, ведь США занимают лидирующее место в мире по количеству взрослого населения с ожирением (более 40%). К сожалению, в России доля взрослого населения с ожирением тоже очень высока: в 2025 году Минздрав заявлял, что речь идет о более чем 24% взрослого населения РФ. Между тем количество проводимых бариатрических операций в РФ у нас пока несопоставимо мало по сравнению с западными странами: в 2020–2025 годах это около пятидесяти тысяч операций в год, согласно данным ОБХ. Динамика роста числа бариатрических процедур в мире в среднем составляет 30% (данные International Federation for Surgery and Metabolic Disorders), несмотря на то что семаглу-

тид и аналоги представлены на развитых рынках уже скоро как целое десятилетие.

— **То есть, на ваш взгляд, появление лекарственных препаратов от ожирения не смогло сделать бариатрию менее популярной?**

— У современной лекарственной терапии против ожирения несомненное есть свое место, но она пока не может заменить собой хирургию. Почему? Дело в том, что потенциал лекарственной терапии ограничен: исследования показывают, что на фоне приема семаглутида пациент может снизить массу тела на 14–16%, а на фоне приема тирзепатида — на 21–23%. Это отличный результат, но для пациентов с высоким индексом массы тела (ИМТ) этого недостаточно. Если ИМТ выше 40 либо ИМТ выше 35 в сочетании с рядом серьезных заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа и ряд других), то бариатрическая операция по-прежнему является чуть ли не единственным выбором.



Бариатрическая хирургия вызывает долгосрочное снижение массы тела, которое сохраняется в течение многих лет после выполнения операции. В отличие от этого, любые препараты действуют только в моменты приема и не имеют отсроченного эффекта. Более того, после прекращения приема препаратов масса тела обычно становится выше, чем до их применения, как и после любой диеты.

— **Как повел себя спрос на бариатрические вмешательства на фоне появления новых препаратов для лечения ожирения в России?**

— Количество бариатрических операций в РФ, по данным ОБХ, снижалось последнее время: в 2023 году в стране было сделано 9,6 тыс. операций на желудке, а по итогам 2025 года — порядка 7 тыс. Негативная тенденция наблюдается второй год подряд: количество бариатрических

операций в РФ уменьшается. Существенным фактором является общеэкономическая ситуация, связанная с падением платежеспособности населения в целом. Бариатрическая хирургия в большинстве случаев оплачивается пациентами самостоятельно, поэтому финансовый фактор напрямую влияет на доступность лечения. Вторым фактором я бы назвал появление множества новых препаратов для похудения и их активной промоции, что в будущем, я почти уверен, все равно обернется ростом числа бариатрических вмешательств.

— **Почему вы так считаете?**

— У Общества бариатрических хирургов есть любопытная статистика на этот счет: порядка 80% пациентов, обратившихся за хирургической помощью, уже пробовали снизить вес с помощью применения различных агонистов рецепторов ГПП-1 и не бы-

ли удовлетворены результатом, так как лишний вес либо не уходил в достаточном объеме вовсе, либо быстро возвращался после отмены терапии — и иногда даже в большем количестве. Также значительный процент пациентов прекращает прием лекарственной терапии из-за ее побочных эффектов.

— **Что может способствовать большей доступности бариатрической хирургии?**

— Из позитивных изменений 2026 года эксперты отмечают вступление в силу изменений в программу государственных гарантий медицинской помощи для пациентов, чей индекс массы тела (ИМТ) выше 50 кг/кв. м. Для этой категории пациентов бариатрическая помощь теперь доступна бесплатно в рамках базовой программы государственных гарантий (ОМС). Это прекрасная инициатива государства, и мы с не-

терпением ждем ее реализации на практике. Новый тариф позволяет большему числу пациентов пройти хирургическое лечение.

— **Как человеку для себя определить, что ему есть смысл прибегнуть к бариатрической хирургии?**

— Показания к бариатрической операции — это ИМТ более 35 с наличием одного или нескольких заболеваний, связанных с ожирением (сахарный диабет 2-го типа, гипертония, артроз и другие) или ИМТ более 40 вне зависимости от заболеваний. Также если уже предпринимались неоднократные попытки снижения веса, не приведшие к желаемому результату.

— **Есть ли у такого вмешательства противопоказания и побочные эффекты?**

— Противопоказания у бариатрической хирургии следующие: патологии ЖКТ (обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки), беременность, неустойчивые онкологические заболевания, психические расстройства, алкогольная и наркотическая зависимость, заболевания с угрозой жизни в ближайшее время (например, печеночная или почечная недостаточность), острые заболевания внутренних органов или хронические заболевания в период обострения.

Многие путают понятия побочных эффектов бариатрической операции и осложнений в послеоперационном периоде. Если операция прошла без осложнений, то из побочных эффектов можно назвать разве что необходимость длительного приема витаминов и минералов в качестве добавки к основной пище. Поскольку современная бариатрия зачастую является малоинвазивным вмешательством, то процент осложнений после операции невелик. Однако, конечно, все зависит от типа вмешательства и индивидуальных особенностей пациента — обо всем этом пациенту расскажет врач перед процедурой.

Интервью взяла Анастасия Мануйлова

Сладость пуще горечи

— тенденция —

В компании «Герофарм» (лидировала в 2025 году по объемам поставок инсулинов среди российских игроков, принадлежит Петру Родионову) «Б-Здравоохранению» сообщили, что, несмотря на существующие механизмы индексации предельных зарегистрированных цен на лекарства перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), в который входят все инсулины, часть тендеров на их поставку может размещаться по слишком низким начальным максимальным ценам контракта (НМЦК), которые в силу возросших логистических издержек, а также цен на сырье и оборудование неадекватны рынку. В результате тендер остается без заявок, после чего признается несостоявшимся и повторно объявляется по более высокой цене, что может повторяться многократно до тех пор, пока цена не станет приемлемой для дистрибуторов. В «Герофарме» также отмечают, что неоднократно обращали внимание регулятора на несовершенство процедуры определения НМЦК, изложенной в тематическом приказе Минздрава №1064н. «Повторное объявление аукциона затягивает процесс закупки препаратов на месяцы и требует от специалистов тендерных департаментов регионов и региональных медицинских учреждений оперативного вмешательства, в противном случае пациенты могут столкнуться с перебоями в получении льготных лекарств», — добавили в «Герофарме». Впрочем, несмотря на то, что закон о госзакупках и прочие тематические подзаконные акты в целом нацелены на снижение стоимости лекарств для госзаказчика, средняя стоимость упаковки инсулина на гостендерах с 2021 года стабильно росла. Причем если пятилетняя динамика цен на наиболее дорогие — аналоговые — инсулины составила почти 18% для оригинальных зарубежных продуктов (в среднем 3 тыс. руб. за упаковку), а для их российских биоаналогов — 17% (2,2 тыс. руб.), то рост цены на самый дешевый сегмент ГИИЧ, представленных на рынке в основном российскими продуктами, за период с 2021 по 2025 год составил почти 30%: средняя стоимость упаковки такого препарата впервые за десять лет превысила 1 тыс. руб. Наибольшую динамику в сегменте показал польский бренд «Генсулин», локализованный в России на мощностях «Фармасинтеза» (+98–148% в зависимости от формы выпуска), «Инсулин» от «Герофарма» (+25–52%), «Росинсулин» производства завода «Медсинтез» (+13–70%), а также белорусский «Протамин-инсулин ЧС» (+41%). Напротив, наиболее существенно снизились цены на линейку «Хумулин» от американской Eli Lilly (–31–63%) и индийский «Возулим» от Wockhardt (–24–54%). По словам директора по развитию аналитического агентства RNC Pharma Николая Беспалова, цены на препараты ГИИЧ могли расти по двум причинам: рост цен на импортную субстанцию

(в случае с «Возулимом» и «Генсулином») в результате валютных колебаний и усложнения логистики, а также (для препаратов из российской субстанции) рост цен на питательные среды и другое сырье, биотехнологическое оборудование и расходные материалы. По словам господина Беспалова, несмотря на множество альтернативных источников для этих товаров, в том числе на внутреннем рынке, цены на них также реагируют на девальвацию и другие общемировые тренды. Глава Российской диабетической ассоциации эндокринолог Михаил Богомолов обращает внимание на еще одну проблему, связанную с закупками льготных препаратов: за счет федерального бюджета инсулин получают только пациенты с инвалидностью, в 2024 году дотации получали 63 региона РФ из 89) медицинских и региональные минздравы вынуждены добывать закупки и приобретать запасы только на квартал, а иногда только на месяц. Помимо неудобств для пациента — необходимости чаще посещать врача для получения рецепта и ограничения передвижения — это также косвенно снижает привлекательность тендеров для участия: при равных логистических и операционных издержках абсолютная прибыль от поставки небольшого объема меньше, что особенно критично для недорогих «социальных» препаратов.

Укол по карману

Хотя препараты инсулинов традиционно воспринимаются как льготные и закупаемые за счет государства и доля их продаж в рознице составляет не более 10%, их коммерческий сегмент чувствителен к общим тенденциям рынка лекарств последних лет. Например, в первый год пандемии COVID-19 они также пользовались ажиотажным спросом и их продажи выросли на 25%, до 1,37 млн упаковок (1,7 млрд руб., данные AlphaRM), и демонстрировали небольшой рост в последующие годы, когда натуральные объемы их закупок снижались на 3–5% в год. В 2025 году на фоне роста госзакупок инсулинов динамика коммерческого сегмента составила всего 6,2% в натуральном выражении (1,51 млн упаковок) против почти 10% годом ранее. И в данном случае, в отличие от госзакупок, объем продаж в стоимостном выражении почти не изменился к 2024 году — 2,55 млрд руб. По словам коммерческого директора аптечной сети «Фигла» Ильи Николаева, в 2025 году через розничные каналы было реализовано около 126 тыс. упаковок инсулина, что на 17% превышает показатель предыдущего года. При этом господин Николаев утверждает, что этот рынок демонстрирует и стоимостной рост примерно на 8% ежегодно. Отчасти это отражает общую инфляционную динамику и накопленные издержки производителей, однако в условиях регулирования

цен на ЖНВЛП рост остается ограниченным. Важной характеристикой сегмента становится и изменение структуры предложения: доля отечественных препаратов, проданных в аптеках «Фигла» в прошлом году, достигла порядка 60%, что свидетельствует о постепенном укреплении позиций российских производителей даже в коммерческом канале. В среднем же в ритейле объем коммерческих продаж отечественных инсулинов вырос до 15% в натуральном выражении (данные AlphaRM). В RNC Pharma называют еще более высокие доли отечественных брендов в рознице: 20% в натуральном выражении и 13% — в денежном. Николай Беспалов связывает это с постепенным ростом лояльности потребителей к отечественным продуктам, а также физическим расширением линейки выпускаемых препаратов и постепенного замещения всех наименований. Действительно, в 2019 году на рынке продавались дженерики только одного аналогового продукта — инсулина гларгина (оригинальные препараты «Лантус» и «Туджео» от французской Sanofi), в 2025 году — только наиболее дорогой и современный инсулин деглудек (оригинальный препарат «Трисиб» от Novo Nordisk) не имеет отечественных биоаналогов. Еще более значимые изменения в 2025 году фиксировались в онлайн-канале, который, несмотря на действующее ограничение на продажу рецептурных препаратов (они доступны только для бронирования в аптеке), становится все более значимым для фармритейла. По данным агрегатора Megapteka.ru (работает с 40 тыс. аптек в 80 регионах РФ), в период с марта по декабрь 2025 года продажи инсулинов выросли на 46% к году. Значительная часть потребления по-прежнему приходится на импортные бренды, хотя доля российских препаратов увеличилась с 6% до 9%. Это подтверждается и наличием локальных дефектур по отдельным позициям, включая такие препараты, как «Фиасп» (инсулин аспарт) и брендированный препарат ГИИЧ «Протафан» от Novo Nordisk (оба эти препарата также стали самыми продаваемыми в рознице в прошлом году). Схожие тенденции фиксирует и аптечный маркетплейс «Здравсити». Там «Б-Здравоохранению» сообщили, что за последние пять лет количество бронирований инсулинов выросло примерно в 20 раз и достигло около 15 тыс. в 2025 году. При этом в данном канале наблюдается иная структура предложения: доля российских препаратов здесь еще выше и достигает порядка 70%. Средний чек в категории «инсулины» на маркетплейсе вырос на 50% в 2022 году и на март 2026 года составляет около 3 тыс. руб., что также говорит о переключении потребителей на более дорогие продукты и органическом росте цены на инсулин. Эта тенденция в целом по коммерческому сегменту подтверждается только для отечественных препаратов аналоговых инсулинов: средняя стоимость их упаковки в 2021 году составляла 2,3 тыс. руб., в 2024 году снизилась

до 2,1 тыс. руб., а в 2025 году выросла на 44% к году — более 3 тыс. руб. за упаковку (что почти на 40% больше стоимости их поставок по госконтрактам). Оригинальные зарубежные препараты при этом в прошлом году показали менее 1% роста цены к уровню 2024 года (в среднем 2,6 тыс. руб. за упаковку) и всего 11% к средней цене в 2021 году. Наконец, стоимость продуктов на основе ГИИЧ в коммерческой рознице практически не менялась с 2021 года и составляла около 615 руб. за упаковку, что на 413 руб. меньше средней стоимости таких препаратов, закупаемых для получателей льгот. По оценкам генерального директора и основателя Megapteka.ru Дмитрия Чиркова, на инсулины приходится менее 0,1% от всего коммерческого рынка лекарств и всего около 10% аптек держат хотя бы несколько упаковок этих средств в наличии. Господин Чирков связывает это с тем, что пациенты прибегают к самостоятельной покупке инсулинов лишь в тех случаях, когда выдана льготного препарата задерживается или у пациента возникли проблемы с качеством выданного дженерика. По закону лекарственные препараты закупаются по международному непатентованному наименованию (действующего вещества), а закупка конкретного бренда возможна для детей до 18 лет или по решению врачебной комиссии, если пациенту не подошел отечественный дженерик. Чаще всего пользователи интернет-аптек жаловались на дефекты шприц-ручки или необходимость докупать российский препарат. В 2025 году их доля составила 45% от закупленных по госконтрактам инсулинов (данные AlphaRM). Абсолютно противоположная картина складывается в последние годы в другом сегменте фармрынка — инъекционных препаратах ГПП, известных способностью снижать массу тела и показанных пациентам с СД 2-го типа.

Остались без сладкого

Объем продаж и закупок препаратов ГПП и их комбинаций, в России пока представляемых главным образом биоаналогами «Оземпика» (семаглутид) от Novo Nordisk, по итогам 2025 года вырос почти втрое по сравнению с 2022 годом в натуральном выражении — до почти 43 млрд руб., или 7,85 млн упаковок, — год к году. Однако более 75% от выручки от этих препаратов производителям принесли продажи в коммерческой рознице (в бюджетном сегменте было закуплено только 1,5 млн упаковок на 6,44 млрд руб.). Исключение здесь составляет лишь препарат «Соликва СолоСтар» (комбинация инсулина гларгина и лисинсенатида) от Sanofi: его продажи в 2025 году составили 3,46 млрд руб. и были обеспечены в основном госзаказом, тогда как в коммерческом сегменте было реализовано только 28,5 тыс. упаковок на 119,1 млн руб. В Sanofi «Б-Здравоохранению» сообщили, что препарат, помимо надежного контроля уровня глюкозы крови, также минимизирует риск набора массы тела. «Соликва СолоСтар» по ито-

гам 2025 года также стала единственным зарубежным препаратом в сегменте ГПП и их комбинаций, показавшим столь высокие продажи. Продажи монопрепарата ГПП на основе дулаглутида — «Трулисити» от Eli Lilly — составили в прошлом году только 461,5 млн руб., что составляет 86% от выручки в сегменте инъекционных средств от диабета. Поставки остальных продуктов компании на российский рынок практически прекратились. Лидерство на российском рынке инсулинов удерживают Sanofi (9,9 млрд руб.) и Novo Nordisk (12,2 млрд руб.). В то же время почти 90% сегмента инъекционных ГПП в 2025 году контролировали «Герофарм» (20,46 млрд руб.) и «Промед» Петра Белого (16,53 млрд руб.). Вторая компания сформировала почти треть этой выручки за счет «Тирзетты» — биоаналога «Мунджаро» (тирзепатид) от Eli Lilly, не ставшей выводить оригинальный препарат на российский рынок. «Герофарму» такой же продукт под брендом «Седжар» принес 2,4 млрд руб. выручки. В «Герофарме» не называют точных прогнозов продаж тирзепатида в России, но отмечают, что ввиду его большей клинической эффективности по сравнению с семаглутидом он может показать сопоставимые объемы продаж. Препараты тирзепатида появились на российском рынке только в первом квартале прошлого года, в отличие от биоаналогов семаглутида, чьи продажи в прошлом году составили 30 млрд руб. По мнению Николая Беспалова, трехкратный рост потребления семаглутида связан в первую очередь с появлением к 2025 году пяти российских аналогов, спровоцировавшим ценную войну между производителями. Эксперт полагает, что Novo Nordisk безусловно занимала бы лидирующие позиции в продажах и оставалась монополистом на рынке семаглутида в течение нескольких лет, если бы не прекращала поставки «Оземпика» в Россию. Однако господин Беспалов затрудняется оценить, каким бы было его физическое потребление при сохранении высокой стоимости оригинала. По итогам 2020 года, когда «Оземпик» появился в России, средняя цена его упаковки составила 11 тыс. руб., в 2022 году снизилась до 7,8 тыс. руб. Средняя цена упаковки аналогов от «Промомеда» и «Герофарма» после выхода в 2023 году была ниже на 30% и составила 5,2 тыс. руб., но к концу 2025 года российские препараты на основе семаглутида подешевели лишь на 2,5% (5,07 тыс. руб.). Михаил Богомолов считает, что гораздо сильнее продажи биоаналогов семаглутида и тирзепатида стимулировали маркетинговая деятельность производителей и привлечение общественного внимания к теме контроля веса и активного долголетия. Врач обращает внимание, что ключевым фактором эффективности терапии СД любого типа является не столько выбор конкретного препарата, сколько контроль уровня глюкозы и регулярные консультации врача.

Александр Осипов

здоровоохранение

Тревожный синдром

Цистит — одно из наиболее распространенных заболеваний у женщин. До 50% представительниц прекрасного пола болели острым бактериальным циститом хотя бы раз в жизни, а примерно у 10% он переходит в хроническую форму. Но есть еще один вид цистита, который стоит особняком и встречается значительно реже бактериального. Речь об интерстициальном цистите — он доставляет пациенткам много страданий и дискомфорта, его сложно диагностировать и еще сложнее лечить. В последние 10–15 лет российские врачи добились успехов в терапии этого цистита, однако большая часть эффективных методов предлагается частными клиниками или на коммерческой основе в государственных медицинских центрах, и вопрос о доступности лечения и диагностики этого редкого заболевания стоит сегодня довольно остро.

— тенденция —

Интерстициальный цистит (ИЦ), или синдром болезненного мочевого пузыря, — хроническое неинфекционное заболевание, при котором пациентки испытывают боль или дискомфорт в области мочевого пузыря, усиливающиеся при его наполнении, а также учащенное мочеиспускание небольшими порциями. «Мочевой пузырь перестает быть незаметным органом. Пациенты испытывают боль или давление в мочевом пузыре, тазу или нижней части живота, страдают от частых и неотложных позывов к мочеиспусканию — по несколько раз в час», — рассказывает врач-терапевт, автор Telegram-канала «Просто о здоровье» Ирина Никулина. Заболевание длится месяцами, годами, изматывая женщину болями и позывами, и полностью не излечивается. ИЦ — болезнь не смертельная, но если ее не лечить, в итоге все может закончиться не только сильным ухудшением качества жизни, но и серьезной операцией вплоть до удаления мочевого пузыря.

От стресса и повышенной тревожности
Причины ИЦ до конца не выяснены, есть целый комплекс факторов, которые могут спровоцировать развитие этой мучительной патологии. «Развитие заболевания связано с сочетанием нейрогенных, иммунных и сосудистых факторов. Стресс, гормональные колебания, образ жизни и сопутствующие заболевания мочеполовой системы повышают риск обострений», — говорит врач-уролог ИНВИТРО Евгения Агапова. До недавнего времени врачебное сообщество полагало, что ИЦ встречается крайне редко, но сегодня известно: реальные масштабы заболевания гораздо больше, а его причины — намного глубже, чем просто «необъяснимая боль», добавляет Ирина Никулина. Триггером запуска болезни и ее обострений несколько: один из самых мощных — стресс и психоэмоциональное напряжение, что под-

тверждается исследованиями уровня кортизола (стероидный гормон, вырабатываемый организмом в моменты стресса, физических нагрузок и опасности) и нейромедиаторов (биологически активные химические вещества, обеспечивающие передачу нервных импульсов между нейронами) у пациенток ИЦ: определенные продукты и напитки — кофе, алкоголь, цитрусовые, острая пища — все, что повышает кислотность и раздражает уротелий (клетки эпителия, выстилающего внутреннюю поверхность мочевого пузыря); гормональные колебания, от которых женский организм постоянно штормит (то перед менструацией, то перед овуляцией, то в менопаузе); перенесенные урогенитальные инфекции, которые могут стать «пусковым событием», после которого воспаление приобретает аутоиммунный, самоподдерживающийся характер; хирургические вмешательства на органах малого таза и травмы промежности. Свою негативную роль может сыграть сопутствующее состояние из «перекрестного спектра»: синдром раздраженного кишечника, фибромиалгия, мигрень, которая часто идет рука об руку с ИЦ. «Ключевую роль в развитии данного заболевания играет нарушение гликозаминогликанового (ГАГ) слоя, защитного барьера слизистой мочевого пузыря. Когда этот барьер поврежден, компоненты мочи (калий, мочевина, токсины) проникают в подслизистый слой, активируют тучные клетки, запуская нейрогенное воспаление и каскад боли. Со временем мозг «запоминает» боль и усиливает ее», — объясняет главный специалист по профилю «Урология» АО ГК МЕДСИ Дмитрий Зеленин.

Тернистый путь к постановке диагноза
Врачи подчеркивают: ИЦ — это не «недолеченный обычный цистит» и не «цистит от переохлаждения». Это отдельное заболевание с принципиально иным механизмом. С 2008 года в международной литературе используется расширенный термин «синдром болезненного мочевого пузыря» (ИЦ/СБМП, англ. —

«Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis» (BPS/IC), то есть речь идет не об инфекции, а о хроническом болевом синдроме. И этот термин более точно отражает реальность, в которой живет пациент с ИЦ, полагает Ирина Никулина. По словам Дмитрия Зеленина, поддиагнозом «ИЦ/СБМП» сегодня понимают хроническое (более шести месяцев) неприятное ощущение, боль, давление, дискомфорт, воспринимаемое как связанное с мочевым пузырем, сопровождающееся как минимум одним мочевым симптомом (учащенное мочеиспускание, срочность сходить в туалет) при отсутствии инфекции или другой очевидной патологии, объясняющей симптомы.

Между появлением симптомов и постановкой правильного диагноза очень часто проходит не один месяц, а то и год, и два. «Проблема заключается в том, что изначально, приходя к врачу с жалобами на учащенное мочеиспускание и боль при мочеиспускании, пациентка получает интерпретацию этих жалоб как острый цистит или при частом обращении как эпизод обострения хронического цистита. Назначаются неоднократные курсы антибактериальной терапии, и когда уже формируется понимание, что она не помогает, а анализы показывают отсутствие инфекционного воспаления, начинается поиск иных причин возникновения жалоб», — объясняет причину проблемы поздней диагностики ИЦ Дмитрий Зеленин.

«Подозрение на ИЦ возникает, когда все анализы мочи в норме, посевы стерильны, но жалобы типичны для цистита: частое и болезненное мочеиспускание, ощущение постоянного воспаления. Можно сказать, что при ИЦ «цистит ушел вглубь» — воспаление затрагивает более глубокие слои стенки мочевого пузыря», — рассказывает хирург АО «Медицина» Карен Мкртчян. В этой ситуации, чтобы подтвердить диагноз, повторяют анализы и посевы мочи, проводят осмотр мочевого пузыря — цистоскопию, чтобы увидеть изменения слизистой, при необходимости выполняется биопсия. «Заболевание диагностируют по характерным симптомам и эндоскопическим признакам», — говорит Карен Мкртчян.

Российские стандарты лечения
«Лечение ИЦ всегда комплексное и длительное, включает не только медикаментозную терапию, но и изменение образа жизни, устранение факторов, провоцирующих симптомы, психологическую поддержку, которой уделяется значительное внимание, обучение методам снижения стресса. Междисциплинарный подход считается оптимальным, включает специалистов из урологии, физиотерапии, психологии и гинекологии», — рассказывает Евгения Агапова.

Общепринятым стандартом является «линейная» стратегия, предложенная Американской урологической ассоциацией (AUA) и созвучная рекомендациям Европейской ассоциации урологии (EUA), которая отра-

жена и в клинических рекомендациях Минздрава. Основное лечение и в России, и за рубежом включает медикаментозную терапию, инстилляции (вливания) в мочевой пузырь, его гидробуживание (растяжение) и диетотерапию. Список лекарственных препаратов немного отличается — например, в США он более расширенный, но в нем нет средств, одобренных к применению в странах ЕС. В России перечень лекарств, применяемых для терапии ИЦ, не такой большой, как в тех же США — в нем нет, к примеру, наркотических обезболивающих препаратов и тех препаратов, которые в настоящее время не зарегистрированы в РФ.

«Первая линия терапии — это обучение пациента: поведенческая терапия, модификация диеты, управление стрессом, техники релаксации тазового дна — все это звучит просто, но при системном подходе дает значимый эффект у 40–50% пациенток. Вторая линия терапии состоит из медикаментозной, которая включает применение антидепрессантов (работают при ИЦ еще и как анальгетики), антигистаминных (МНН — гидроксизин), противозвонных (МНН — диметидин), противовоспалительных средств (МНН — метелукаст) и внутрипузырных инстилляций, благодаря которым мы восстанавливаем ГАГ-слой слизистой мочевого пузыря, для этого применяются гиалуроновая кислота, хондроитинсульфат, их комбинация, также используются диметилсульфоксид, гепарин, лидокаин», — рассказывает о российских методах лечения ИЦ Дмитрий Зеленин.

Третья линия — хирургическая. Сегодня в зависимости от показаний возможно проведение таких операций, как гидрорастяжение мочевого пузыря, лазерная коагуляция язв, инъекции ботулинотоксина в мочевой пузырь для снижения симптома учащенных позывов. В крайних случаях (менее 5% пациенток, не чувствительных к лечению или с выраженным снижением емкости мочевого пузыря) врачам приходится проводить удаление мочевого пузыря с формированием «нового» из участка кишки пациента.

Мультидисциплинарный подход к боли

Пациенток с ИЦ лечит врач-уролог, но фактически им нужна команда узких специалистов, в которую еще входит гинеколог (так как ИЦ нередко соседствует с эндометриозом и другими гинекологическими заболеваниями), невролог или алголог (специалист по диагностике, лечению и управлению острой и хронической болью), гастроэнтеролог (диета является обязательным компонентом комплексного лечения), психотерапевт/психиатр, физиотерапевт и реабилитолог по тазовому дну. «Сейчас в клиниках создаются центры хронической боли, где имеются все специальности, помогающие больному на разных этапах его заболевания», — говорит Дмитрий Зеленин.

По данным открытых источников, в настоящее время в Москве работают четыре государственных центра лечения боли: клинический центр боли при ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова и ГКБ №52, центры лечения боли ФНЦ ФМБА России и НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. Ни в одном из центров в списке того, что в них лечат, ИЦ/СБМП нет (по данным официальных сайтов). В ГКБ №1 занимаются лечением хронического тазового болевого синдрома (и, возможно, к нему относят и ИЦ/СБМП), в ГКБ №52 есть формулировка «другие хронические болевые синдромы, любые боли неясной этиологии». В федеральных центрах можно получить консультацию специалиста и лечение по ОМС (нужно направление из поликлиники по месту жительства (форма 057/у-04) либо платно). И то и другое практически недоступно большинству российских пациенток с ИЦ: во-первых, такое направление получить — нереальный квест, во-вторых, у многих просто нет денег на такое многоступенчатое, длительное лечение.

Что делать при диагнозе
ИЦ — хроническое заболевание, но не приговор. В лечении ИЦ очень важна мотивация самой пациентки, ведь от нее зависит многое. Чтобы не было частых обострений, важно соблюдать определенные правила:

- 1. Диета с ограничением кофеина, алкоголя, цитрусовых, томатов, острых блюд и газированных напитков. В рацион рекомендуется добавить продукты с пробиотиками (лактобактериями): йогурт, кефир, живые сыры, квашеная капуста.
- 2. Управление стрессом: если женщина чувствует дизурические явления (учащенное мочеиспускание, дискомфорт при мочеиспускании), можно применять когнитивно-поведенческую терапию, техники осознанности (mindfulness), при необходимости — принимать противотревожные препараты; повседневное напряжение можно снижать дыхательными практиками, медитацией, натуральными фитопрепаратами.
- 3. В качестве профилактики обострений — поддерживающая внутрипузырная терапия.
- 4. Тренировки мочевого пузыря — постепенное увеличение интервалов между мочеиспусканиями, упражнения для мышц тазового дна (гимнастика Кегеля) для их укрепления и снятия спазма.
- 5. Адекватный водный режим — 1,5–2 литра воды в день, равномерно.
- 6. Умеренная, регулярная физическая активность без перегрузки мышц тазового дна (предпочтение плаванию, йоге, ходьбе, а подтянуть тяжести придется исключить).
- 7. Женщинам в перименопаузе под контролем гинеколога — гормональная поддержка (эстрогены улучшают состояние слизистой мочевого пузыря).

Наталья Тимашова

БАДы дотягиваются до пациентов

— регулирование —

«Причиной ухода в серую зону служит либо невозможность легализовать товар из-за его низкого качества, либо наличие в составе ингредиентов, запрещенных техническими регламентами для БАДов», — говорит генеральный директор Solgar Inc в России и странах СНГ Хакан Эртурк. Достоверной оценки этого сегмента не проводится, поэтому любые данные несут скорее приблизительный характер, считает он. Проблема практически не затрагивает аптечный сегмент в силу жесткого лицензионного контроля за качеством поступающей продукции. Основной зоной риска, по мнению господина Эртурка, выступают маркетплейсы. «Мы полагаем, что регулятору необходимо активнее блокировать попытки недобросовестных производителей реализовывать БАДы под видом иных пищевых продуктов», — говорит Ха-

кан Эртурк. По данным платформы «Честный знак», в январе–феврале 2026 года онлайн-продажи по сравнению с аналогичным периодом 2025 года выросли на 128% при росте офлайн в 21,5% и составляют 15,5% в общем объеме продаж. «Для того чтобы продукция была привлекательна экономически и безопасна, она должна быть максимально локализована на всех этапах создания продукта, начиная от научно-технологических разработок, ингредиентной базы сырьевой и заканчивая технологией производства», — считает Александр Жестков. По его мнению, Россия может стать глобальной поставщиком сырьевой базы для продукции по целому ряду направлений, и сейчас государство прорабатывает схемы, механизмы для того, чтобы привлечь локальных производителей в переработку сырья, экстракции, пересматривая подходы к работе со спиртом, акцизы на который сильно завышают стоимость

на столько ниже, что даже с учетом наценки, всех пошлин и транспортировки все равно на рынок поступает продукт дешевле российских аналогов», — акцентирует Александр Жестков. Рост собственных высокотехнологичных производителей сырья для БАДов сдерживает неготовность многих элементов отрасли, включая наличие лабораторий, считает заместитель руководителя отдела «Пептидология» АНО «НИМЦ „Геронтология“», член экспертного научного совета компании Ideal Pharm Peptides Елена Крохмалева. «Мы проводим исследование на пептид коры головного мозга, его влияние на изменение нейропластичности, когнитивные статусы человека», — говорит она. — Чтобы провести подобное научное исследование, необходимы институты, которым разрешено это делать. Просто отдать в клинику и провести исследование — это коммерческое клини-

ческое наблюдение, оно не имеет никакой научно доказательной истории, а серьезные данные с выборкой людей, с дизайн-исследованием и т. д. не все институты могут делать». Высокая стоимость подобных исследований БАДов парафармацевтического уровня не доступно каждому производителю БАДов, ведь пока это необязательный элемент для выпуска БАДов на рынок. Еще одной проблемой отечественных производителей БАДов является качество исходного сырья. «Да, у нас есть растительные экстракты на Алтае и в Сибири, но, на мой взгляд, мы пока еще не соответствуем мировому качеству по большинству сырьевых позиций», — добавляет Елена Крохмалева. — Хондроитин может быть из панциря креветки и краба. Здесь большая разница. Производитель, который хочет получить массовый продукт, не пойдет к дорогому производителю сырья, и процентное соотношение активного вещества в его упаковке

будет меньше. Но скажите, кому нужен еще один магний и витамин С?» Мнения опрошенных экспертов сводятся к тому, что нужен комплексный подход в интересах пациента и развития отрасли доверенных производителей БАДов. «Должна быть собственная программа развития витаминной промышленности. У нас же все это было. Нам не надо открывать что-то новое», — уверен академик Тутельян. «По мере того как БАДы заходят в контур системы здравоохранения, врач будет нести персональную ответственность перед пациентом, которому он назначил этот БАД, за его безопасность и качество. Очевидно, что в какой-то среднесрочной перспективе изменения в требованиях к производству БАДов должны произойти. В какой степени, в каком виде — предстоит понять. Но то, что этот шаг созрел и его нужно делать сейчас, совершенно очевидно», — резюмирует Александр Жестков.

Юрий Прасилов

«Особую роль начинают играть модели, ориентированные не только на лечение, но и на организацию помощи»

— практика —

По мере того как в РФ выявляют все больше случаев редких заболеваний, все чаще встает вопрос об экспертной поддержке медицинских специалистов в регионах из федерального центра. Один из способов сделать такую помощь доступной — организовать практику выездной поддержки, в ходе которой эксперты из профильных медицинских учреждений совместно с представителями некоммерческих организаций дают свою оценку сложным случаям прямо в субъекте. О том, как выстроена и работает такая система для поддержки пациентов с муковисцидозом, рассказывает председатель Всероссийского союза пациентов ЯН ВЛАСОВ.



Иванович

Сегодня ситуация в регионах остается неоднородной. В одних субъектах уже сформированы сильные команды и центры компетенций, где врачи ориентируются в редких заболеваниях, своевременно их диагностируют и понимают

современные подходы к терапии. В других — заболевания по-прежнему распознаются поздно, опыт ведения таких пациентов ограничен, а система помощи выстроена фрагментарно.

Важно подчеркнуть, что это не вопрос «сильных» или «слабых» врачей. Редкие заболевания — это по определению ограниченная практика. Врач в регионе может за всю карьеру столкнуться лишь с несколькими

ми такими пациентами, и ожидать от него уровня экспертизы федерального центра было бы некорректно. В этих условиях ключевой задачей становится не столько оценка качества работы на местах, сколько повышение знаний и выстраивание устойчивой системы поддержки.

Различия в положении пациентов объясняются и объективными факторами: от бюджетных возможностей до организационных решений. Практика показывает, что наиболее устойчиво система работает там, где на региональном уровне приняты четкие нормативные документы: определены маршруты пациента, алгоритмы диагностики и лечения, распределена ответственность между уровнями помощи. Там, где такие решения отсутствуют, система дает сбои. Мы считаем, что такие нормативные документы должны быть приняты во всех регионах.

В этих условиях особую роль начинают играть модели, ориентированные не только на лечение, но и на организацию помощи. Один из таких подходов — развитие инсти-

тута общественных экспертов и системная работа с регионами, которая уже показала свою эффективность, например, в сфере рассеянного склероза, где за счет последовательной работы удалось выровнять доступность терапии и изменить подход к ведению пациентов. В прошлом году мы запустили проект «Институт уполномоченного общественного эксперта по муковисцидозу».

Это заболевание выбрано неслучайно. С одной стороны, по нему уже накоплена серьезная медицинская экспертиза и есть современные подходы к лечению. С другой — это одно из самых сложных с точки зрения организации помощи заболеваний. Пациент с муковисцидозом требует постоянного междисциплинарного наблюдения: пульмонолог, гастроэнтеролог, генетик, специалисты по нутритивной поддержке. Даже прием в ряде случаев должен быть организован особым образом — в изолированных условиях, чтобы избежать инфицирования, в том числе перекрестного от других пациентов с таким же диагнозом.

Дополнительные сложности создает и система лекарственного обеспечения, которая фактически разделена между разными источниками финансирования: часть терапии обеспечивается через программу высокотратных нозологий, часть — через фонд «Круг добра», часть — за счет регионов. В результате управление системой усложняется. Если дети в значительной степени защищены благодаря федеральным механизмам, то взрослые пациенты во многих регионах остаются в более уязвимом положении.

В регионах работают команды, в которые входят медицинские эксперты, представители пациентского сообщества и специалисты по социальному сопровождению. Важную роль в этой системе играет общественный эксперт — не как контролирующая, а как связующая функция. Он аккумулирует информацию о проблемах пациентов, понимает ограничения, с которыми сталкиваются врачи, и выстраивает диалог с региональными органами управления здравоохранением. Параллельно

формируется система обратной связи: горячие линии, консультация, правовая и психологическая поддержка, что позволяет фиксировать не только формальные показатели, но и реальную практику оказания помощи. Собранные данные поднимаются на федеральный уровень и становятся основой для обсуждения с органами власти и профессиональным сообществом. Речь идет не о точечных решениях, а о формировании воспроизводимой модели, которая может быть тиражирована в разных регионах с учетом их специфики. Таким образом, выездная работа становится не разовой мерой, а элементом более широкой системы, направленной на сокращение региональных различий в доступности помощи. И хотя потенциал для улучшения остается значительным, именно такие практики сегодня позволяют последовательно двигаться к более равномерной и устойчивой модели поддержки пациентов с редкими заболеваниями.

Здравоохранение

Генное излечение

Уже пять лет государственный фонд «Круг добра» обеспечивает российских пациентов с мышечной дистрофией Дюшенна необходимыми препаратами. За это время число детей, которые начали лечение, превысило 700 человек — и почти треть из них обеспечены инновационной геннозаместительной терапией. По мнению экспертов, для повышения дальнейшей эффективности такого лечения критически важным становится ранняя диагностика заболевания, которая должна начаться с 2027 года.

— инновации —

За пять лет с момента включения мышечной дистрофии Дюшенна в перечень диагнозов государственного фонда «Круг добра» обеспечил необходимыми препаратами 752 детей. Такой вывод можно сделать из статистики фонда, которую пресс-служба организации предоставила по запросу „Ъ“.

Напомним, мышечная дистрофия Дюшенна (МДД) — тяжелое наследственное заболевание мальчиков, которое начинает проявляться в раннем возрасте и ведет к прогрессирующей слабости мышц. В основе — нарушении структуры гена дистрофина. Этот ген производит одноименный белок дистрофин — он участвует в работе скелетных мышц, дыхательной и сердечно-сосудистой систем — связывает внутренний цитоскелет с сарко- и дистрогликанами в мембране и внеклеточном матриксе, обеспечивает механическую и структурную стабильность мембраны мышечных волокон при сокращении. Дистрофин также является амортизатором, обеспечивающим возвращение мышц в исходное состояние после напряжения.

Если в одном или нескольких участках гена происходит мутация, дистрофин перестает вырабатываться. А без него мышцы начинают слабеть, пока не наступает сердечная и дыхательная недостаточность, которая приводит к смерти пациента.

Болезнь детства

Обычно болезнь начинает проявляться в раннем возрасте, когда ребенок достигает 3 лет. В числе первых симптомов заболевания — слабость в ногах и руках, затрудненная ходьба, наклон вперед при попытке встать или бежать, увеличение размеров икреножных мышц (их «утолщение»). Ребенок поздно начинает ходить, быстро устает, ходит на пятках, часто падает, имеет трудности с подъемом с пола.

Однако большинство мальчиков, страдающих миодистрофией Дюшенна, диагноз устанавливается только после проявления первых симптомов заболевания. В до-симптоматический период (до двух-трех лет жизни) происходит интенсивный естественный рост мышц, преобладающий над дистрофическими процессами, в связи с чем симптомы заболевания обычно не выражены либо вообще не проявляются. В результате заболевание часто не распознается на этой стадии. Тем не менее при тщательном наблюдении выявляется задержка речевого и двигательного развития. Ребенок обычно позже начинает держать голову, самостоятельно сидеть и ходить. При МДД возраст начала самостоятельной ходьбы обычно превышает 18 месяцев.

Стадии заболевания

Миодистрофия Дюшенна относится к группе пояснично-конечностных мышечных дистрофий, характеризующихся поражением проксимальных отделов верхних и нижних конечностей. В зависимости от прогрессирования симптоматики выделяют пять стадий МДД. Первая стадия — бессимптомная (до-клиническая). На этой стадии диагноз может быть поставлен в случае выявления повышенного уровня креатинфосфокиназы в крови, необъяснимого повышения уровня трансаминаз (активности аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы) или наличия случаев заболевания в семье. Вторая стадия (ранняя амбулаторная) — ранняя с сохраненной способностью к самостоятельному передвижению. При этой стадии характерны следующие симптомы: нарастающая мышечная слабость, быстрая утомляемость, частые падения, изменение походки по типу «утиной», хождение на носках, сохранена способность подъема по ступеням, псевдогипертрофия мышц голени. Третья стадия (поздняя амбулаторная) — поздняя с сохраненной способностью к самостоятельному передвижению (отмечаются нарастающие трудности при ходьбе, потеря способности подниматься по ступеням и вставания с пола). Четвертая стадия (ранняя неамбулаторная) — ранняя с утраченной способностью к самостоятельному передвижению (пациент способен некоторое время передвигаться самостоятельно, но большую часть времени для передвижения требуются специальные средства), развитие сколиоза. Пятая стадия (поздняя неамбулаторная) — поздняя с утраченной способно-



Личный опыт

Наталья Юрова, мама семилетнего Мартина:

— Мой сын получил генную терапию «Элевидисом» в августе 2024 года в возрасте 5 лет 8 месяцев — практически на верхней границе возрастных критериев программы. Спустя полтора года после лечения состояние ребенка остается стабильным. Сейчас Мартин живет обычной детской жизнью: он бегает, катается на двухколесном велосипеде, стал более выносливым и готовится идти в школу. Генная терапия вводится один раз — это одна инфузия, после которой семье не нужно постоянно возвращаться к госпитализациям и регулярным процедурам. Важную роль в поддержании состояния ребенка играет и комплексная реабилитация: регулярные растяжки, физическая активность и профилактика контрактур.

Маргарита Бучельникова, мама шестилетнего Сережи:

— Моему сыну Сереже диагноз «миодистрофия Дюшенна» был поставлен в возрасте 5 лет 3 месяца. Сначала мы не связывали особенности развития ребенка с заболеванием — думали, что мальчик просто не любил бегать и прыгать. Лишь после обращения к врачам и проведения генетического теста диагноз был подтвержден. После получения результатов мы смогли оперативно пройти дальнейшую маршрутизацию, и уже 7 марта 2025 года мальчик получил генную терапию. Когда мы вышли из карантина после лечения и пришли в детский сад, я впервые увидела, как мой сын бежит по коридору. До этого он никогда не бегал. В этот момент я поняла, что препарат действительно работает.

стью к самостоятельному передвижению с ограничением функции верхних конечностей, трудностями удержания положения тела.

Лечение на уровне генов

Своевременное начало лечения, проведение регулярных физиотерапевтических и реабилитационных мероприятий, а в последние годы и появление патогенетических методов терапии и генной терапии позволяют сегодня значительно увеличить продолжительность и качество жизни пациентов с МДД. Лечение МДД включает и проведение симптоматической терапии. Ведение пациентов с МДД предполагает мультидисциплинарный подход с обязательным участием неврологов (нервно-мышечных специалистов), генетиков, кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, эндокринологов, ортопедов, физиотерапевтов, клинических психологов и врачей других специальностей, имеющих опыт в лечении этого редкого заболевания. При наличии симптомов поражения органов-мишеней необходима консультация профильного врача-специалиста.

По словам начальницы Центра детской психоневрологии НМИЦ здоровья детей Минздрава Людмилы Кузенковой, внедрение генетических технологий уже начинает менять подход к лечению тяжелых наследственных нервно-мышечных заболеваний. Одним из первых направлений стала терапия спинальной мышечной атрофии. Этот опыт стал важным этапом интеграции генетических технологий в систему здравоохранения

и показал, что даже самые сложные инновационные методы лечения постепенно переходят из категории экспериментальных решений в практику медицинской помощи.

Следующим шагом стало внедрение генной терапии для лечения МДД. В 2024 году в России впервые начали применять генную терапию для лечения этой болезни. Первое введение препарата пациенту состоялось 11 июля 2024 года. Изначально лечение было доступно детям 4–5 лет, однако в 2025 году критерии применения препарата были расширены и терапия стала возможна для пациентов в возрасте от 4 до 9 лет, пояснила Людмила Кузенкова. По ее словам, первые результаты терапии могут проявляться уже через четыре-шесть месяцев. У пациентов улучшаются показатели двигательной активности, увеличивается дистанция шестиминутной ходьбы и сокращается время подъема с пола. По данным наблюдений специалистов, улучшение по ряду функциональных тестов начинает фиксироваться уже через 5–7 месяцев после лечения и продолжает нарастать в течение последующих 12 месяцев. В отдельных случаях эффект оказывается особенно заметным: у одного из пациентов дистанция шестиминутной ходьбы увеличилась с 350 до 485 м после проведения лечения.

Экономика лечения

Препараты, которые фонд «Круг добра» сейчас закупает для лечения МДД, делятся на две группы. В первой — патогенетические препараты, которые пациенту необходимо принимать в течение всей жизни. В России сейчас

доступно пять таких препаратов: аталурен, вилтоларсен, голодирсен, этеплирсен и касимерсен. Механизм их работы различен. Например, аталурен «обманывает» своего рода «генетический стоп-кран» (стоп-кодон), который блокирует выработку дистрофина. Вилтоларсен, голодирсен, касимерсен и этеплирсен помогают пропускать участки гена, прилегающие к определенным мутациям, и восстанавливать рамку считывания гена.

Ко второй группе относятся более современные препараты геннозаместительной терапии однократного введения — пока от МДД в мире есть только одно лекарство такого типа, деландистроген моксепарвовек, поставляемое в РФ под торговым названием «Элевидис». Механизм его работы предполагает, что особую, усеченную, но функциональную копию гена, вырабатывающую микродистрофин, доставляют в организм ребенка с помощью вирусного вектора-«курьера». В июне 2023 года «Элевидис» был одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами FDA США и позже в Японии, Бразилии, Израиле, ОАЭ, Катар, Омане, Кувейте, Бахрейне. Цена на препарат варьируется в зависимости от договоренностей заказчика и юрисдикции, с одной стороны, и производителя и дистрибутора — с другой. Например, в России «Круг добра», как сообщил сам фонд, изначально стоимость препарата удалось значительно снизить в ходе переговоров с поставщиком.

Россия благодаря «Кругу добра» является одной из первых стран в мире, где теперь доступно это лекарство. Фонд решением экспертного совета закупает его для детей в возрасте от 4 до 9 лет. Для этой возрастной группы по результатам клинических исследований препарат показал значимую эффективность и безопасность. Важно, что, например, в США и ряде других стран препарат показан всем амбулаторным больным, так как болезнь прогрессирует по-разному и иногда введение препарата оправдано и в более позднем возрасте, если способность к самостоятельной ходьбе сохранена.

Сейчас в «Круге добра» также рассматривается вопрос о расширении критериев назначения «Элевидиса». Важный аргумент за — эффективность препарата, которая была подтверждена не только российской клинической практикой, о чем говорилось выше, но и результатов трехлетнего наблюдения ключевого международного исследования EMBARK. В этой связи на передний план выходит как раз цена, серьезного снижения которой удалось добиться «Кругу добра». Терапия становится более доступной, и, самое главное, в долгосрочном горизонте она значительно дешевле патогенетического лечения. «Элевидис» — это препарат однократного введения, в то время как остальные препараты, такие как голодирсен, этеплирсен, касимерсен, вилтоларсен и аталурен предполагают пожизненное применение и с возрастом требуется увеличение дозировки, которая увеличивает стоимость лечения ими. В итоге, несмотря на изначально большую стоимость, в долгосрочной перспективе «Элевидис» экономит государству по сравнению с другими препаратами от 700 млн до 1 млрд руб.

Важен и тот аспект, что ряд препаратов, например аталурен, в Европе снят с регистрации (EMA отменило ее в марте 2025 года).

Многие страны оценивают терапию в том числе с точки зрения экономической обоснованности в совокупности с эффективностью и безопасностью, этим же путем идет и Россия. По словам уполномоченного благотворительно-

го фонда «Гордей» Ольги Премаковой, «Элевидис» — эффективный препарат и семья ждет расширения критериев назначения».

На конференции «Доступность инновационной генетической терапии для пациентов с орфанными заболеваниями в России» в МИА «Россия сегодня» обсуждался вопрос изменения критериев назначения «Элевидиса» пациентам, для которых существует опция применения другой патогенетической терапии. Основными триггерами такого обсуждения как раз явились цена, полученная «Кругом добра», трехлетние результаты ключевого исследования «Элевидиса», накопленный российский клинический опыт и отмена регистрации аталурена в Европе. В целом это, конечно, приведет к существенному улучшению качества терапии российских детей.

Диагностика в начале пути

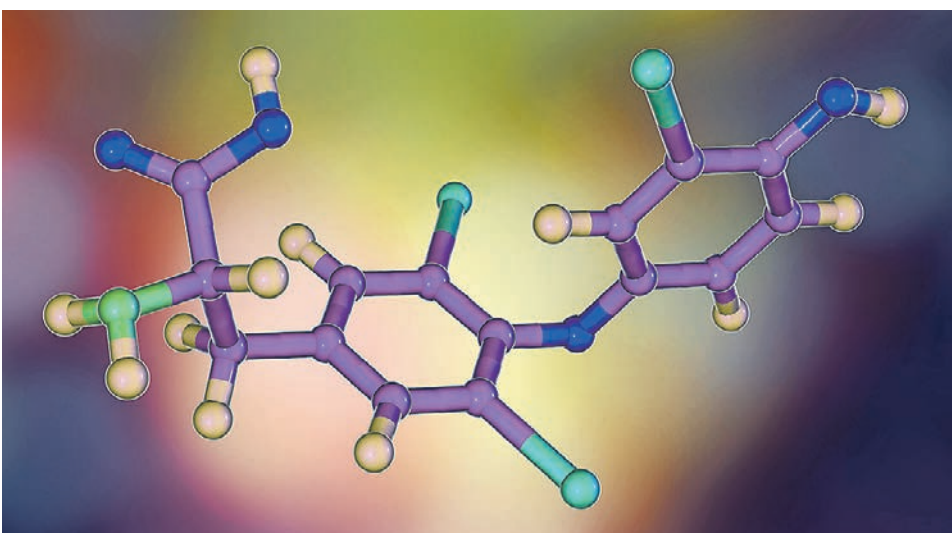
Одновременно госпожа Премакова отмечает, что, помимо современной терапии, фундаментом всей системы помощи детям с МДД — это своевременная диагностика. Сегодня средний возраст постановки диагноза в России составляет 7 лет 8 месяцев, притом что оптимальным считается выявление заболевания до 3 лет. Разрыв между первыми симптомами и диагнозом достигает в среднем четырех лет — именно в этот период упускаются ключевые возможности для эффективного лечения. Позднее выявление напрямую влияет на течение заболевания: в России дети с МДД в среднем теряют способность ходить уже в 10 лет 6 месяцев, тогда как в европейских странах — в 13–15 лет. «Если диагноз поставлен достаточно рано, до 3 лет, и вокруг ребенка выстроены весь необходимый комплекс ухода и терапии, это означает, что мальчик сможет ходить до 13–15 лет и жить взрослой жизнью. Это крайне важно», — отметила она.

Своевременное начало лечения позволяет существенно изменить траекторию заболевания: снизить риск тяжелых осложнений, повысить продолжительность и качество жизни. Кроме того, ранняя диагностика дает семье возможность своевременно получить генетическую информацию и снизить риск повторных случаев заболевания. Дополнительные ожидания связаны с планируемым включением маркера МДД — креатинкиназы — в программу неонатального скрининга с 2027 года, что может обеспечить выявление заболевания на самых ранних этапах.

Напомним, российские медуниверситеты проводят неонатальный скрининг для обнаружения наследственных и врожденных заболеваний у новорожденных. До 2006 года скрининг проводили на два заболевания, до 2023 года — на пять. В 2023 году в России стартовала расширенная программа скрининга на 36 наследственных заболеваний. В мае 2025 года министр здравоохранения Михаил Мурашко сообщил, что скринингом охвачены 99% новорожденных.

По словам главного внештатного специалиста по медицинской генетике Минздрава Сергея Куцева, генетическое исследование играет ключевую роль не только в подтверждении диагноза, но и в выборе терапии. «Подходы к лечению во многом зависят от того, какие именно мутации выявлены в гене DMD. Поэтому точная генетическая диагностика становится основой современной терапии», — пояснил Сергей Куцев. По его словам, лечение необходимо начинать как можно раньше — уже в возрасте 2–3 лет.

Анастасия Мануйлова



Мышечная дистрофия Дюшенна (МДД) — тяжелое наследственное заболевание мальчиков, в основе которой — нарушение структуры гена дистрофина