

ИНИЦИАТИВА  
Вирусный гепатит отступает перед знаниями  
СЮРПРИЗ  
ДЛЯ ПЕЧЕНИ

**Татьяна Батенёва**  
В МОСКОВСКОЙ области впервые в стране провели бесплатный массовый скрининг населения на вирусный гепатит С. При помощи экспресс-теста его провели выездные бригады сотрудников гепатологического отделения Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского (МОНКИИ) в рамках акции «Подмосковье против гепатита». Тесты прошли более 2500 человек. Результат удивил самих специалистов: оказалось, что опасным вирусом инфицировано в среднем 2,4% жителей Подмосковья, а в отдельных городах показатели достигали 3,3% обследованных. Прежде считалось, что эта инфекция распространена меньше.

За последние годы заболеваемость острым и хроническим гепатитом снизилась, но при этом выросло число больных циррозом и раком печени

—Вирусный гепатит С свои отдаленные последствия демонстрирует через много лет после инфицирования,—рассказал «РГ» главный гепатолог Московской области кандидат медицинских наук Павел Богомолов.—Человек заразился и может не знать об этом, но лет через 20–25 у него формируется цирроз или рак печени. Сейчас на наличие вируса гепатитов В и С проверяют лишь выборочно —беременные женщины, пациенты лечебных учреждений, призывников и прочие декретированные группы. Но большинство зараженных долгое время —иной раз десятилетия—не подозревает о своей болезни и не попадает в поле зрения врачей. Тем не менее за последние годы заболеваемость острым и хроническим гепатитом кардинально снизилась, но при этом выросло число больных циррозом и раком в исходе вирусных гепатитов. В Московской области ведется регистр пациентов с заболеваниями печени, но это данные о тех, кто уже обратился за медицинской помощью. А нам необходимо знать о реальной распространенности гепатита С в популяции—это важно для понимания масштабов проблемы и планирования медицинской помощи. Скрининг специалистов МОНКИИ проводили в общественных местах—домах культуры, на заводах, просто на улицах. Где-то, как, например, в Клину или Дубне, акцию провели в рамках Дня здоровья: поставили на центральных площадях несколько столиков, за которыми врачи всем желающим проводили бесплатные экспресс-тесты по слюне. Кстати, этот тест можно использовать и в домашних условиях. У него высокая степень достоверности, ошибки почти исключены.

Скрининг—часть целевой программы по диагностике и лечению больных вирусными гепатитами, которая действует в Московской области уже 7 лет. А с 2014 года ее «погрузили» в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Это значит, что лечение таких пациентов осуществляется в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Для этого правительство области ежегодно осуществляет межбюджетный трансферт, из которого финансируются диагностика и противовирусное лечение больных.

В прошлом году в областном гепатологическом центре провели более 25 тысяч консультаций, более 1000 пациентам назначено и осуществлено противовирусное лечение—за за счет средств ОМС. Важно, что в тариф на оказание такой помощи заложена и зарплата медиков, что позволило на 30% повысить зарплату тем, кто участвует в ее оказании. Кроме того, в области разработана четкая маршрутизация пациентов.

Инновации Гематологи научились прицельно воздействовать на «поломанный» геном

# Найти и обезвредить

Ирина Невинная

Когда-то эта болезнь называлась белокровием: у больных в крови стремительно нарастает количество белых кровяных клеток—лейкоцитов. Патологические клетки, активно размножаясь, нарушают процесс кроветворения. Совсем недавно, каких-то 10–15 лет назад, такой диагноз означал неизбежный скорый уход из жизни. Теперь прогноз вовсе не так безнадежен: с заболеванием продолжают жить, работать и даже в исключительных случаях рожают детей. Все это благодаря появлению инновационных лекарств, сделавших многие виды лейкоза хорошо поддающимися лечению. Найдены препараты, способные справиться и с таким грозным видом лейкоза, как хронический миелоидный лейкоз. Правда, победить полностью коварное заболевание пока не удается: примерно у каждого второго больного препарат первого поколения остается малоэффективным либо не работает вовсе. Но и для этих пациентов наконец появилась надежда: была создана вторая линия терапии, препараты нового поколения со схожим механизмом воздействия на пораженную клетку, но значительно более эффективные. Они пополнили арсенал гематологов новым мощным оружием. Об этом нелегком пути, о перспективах лечения миелолейкоза с «РГ» беседует профессор, руководитель научно-консультативного отделения химиотерапии миелопролиферативных заболеваний Гематологического НЦ Минздрава России Анна Туркина.

**Как возникает хронический миелолейкоз? В чем причины, может ли заболевание предупредить?**  
**АННА ТУРКИНА:** За последние 55 лет молекулярно-генетические основы возникновения и развития хронического миелолейкоза хорошо изучены. Установлено, что в основе возникновения заболевания лежит злокачественная трансформация стволовой клетки, которая обусловлена повышенной активностью онкобелка—тирозинкиназы. Разработка препаратов, подавляющих активность онкобелка, привела к созданию нового направления лечения онкозаболеваний—целенаправленной (таргетной) терапии.

Изучены хромосомные нарушения, являющиеся причиной заболевания, но причины, в результате которых возникают эти поломки, не известны. Поэтому методы предупреждения возникновения заболевания разработать невозможно. Следует отметить, что от момента возникновения одной патологической клетки до почти полного вытеснения нормальных клеток из костного мозга и появления первых признаков заболевания проходит



Акцент

Благодаря появлению новейших препаратов второй линии теперь есть возможность справиться с опухолевым клоном намного быстрее

5–7 лет. При выявлении хронического миелолейкоза на ранней стадии он хорошо поддается лечению. Вот почему так важно установить диагноз как можно раньше.

**Каким образом это можно сделать?**  
**АННА ТУРКИНА:** Заподозрить возникновение лейкоза можно на основании клинического анализа крови. Однако достоверно подтвердить диагноз можно только с помощью молекулярно-генетических методов. Поэтому достаточно регулярно, один раз в год, выполнять обычный клинический анализ крови, и в случае возникновения подозрений направить пациента на более глубокое обследование, а при подтверждении диагноза начать своевременную терапию.

**И все-таки, какому количеству больных диагноз ставят на ранней стадии заболевания?**

**АННА ТУРКИНА:** Примерно у половины больных диагноз устанавливают на ранней стадии при случайном обследовании, по разным причинам. У второй полови-

ны, к сожалению, заболевание обнаруживается уже в запущенном состоянии. Чтобы этого не было, повторяю, нужно регулярно сдавать общий анализ крови.

**Еще совсем недавно диагноз лейкоз звучал как приговор. Что изменилось в последние годы?**  
**АННА ТУРКИНА:** Изучение молекулярных основ возникновения лейкоза привело к разработке препаратов нового класса, которые подавляют рост только лейкозных клеток и создают условия для восстановления нормальных клеток. Это позволило в корне изменить принцип лечения и прогноз для жизни. Сегодня 12-летняя выживаемость без прогрессирования достигает 80–90%. Это фантастический результат, если вспомнить, что раньше в течение трех-пяти лет умирала половина больных. Продолжительность жизни у больных стала такой же, как и у людей без лейкоза. Кроме того, при длительном лечении возможно добиться выраженного подавления опухоли до такого уровня, что у части больных возможно прекратить лечение. Это

именно тот подход, разработкой которого мы занимаемся в последние годы—получение глубокого молекулярного ответа, оценка его стабильности и принятие решения о возможности наблюдения за больным уже без поддерживающей терапии. Для реализации этого подхода необходима доступность всего комплекса препаратов, имеющихся для лечения хронического миелолейкоза.

**Поясните, пожалуйста, что значит «глубокий ответ»?**  
**АННА ТУРКИНА:** Речь о том, что у больного остается так мало лейкозных клеток, что их можно определить только с помощью специальных молекулярных исследований. А обычные анализы крови и хромосомный набор уже такие же, как у здорового человека. В таких случаях мы говорим о том, что наступила полная молекулярная ремиссия. Конечно, достичь такого результата возможно не у всех пациентов. К сожалению, есть больные, которые на столь эффективную терапию отвечают плохо или не отвечают совсем. Именно возможность использования всего комплекса препаратов, подавляющих лейкозные клетки, для них особенно важна.

**Почему теоретические возможности терапии намного выше, чем практические результаты? С чем это связано?**  
**АННА ТУРКИНА:** Причины неудач терапии у больных могут быть разными. Один из ключевых моментов—приверженность больных к лечению. Часть пациентов, получив хороший гематологиче-

Один из ключевых моментов успешной борьбы с болезнью—приверженность больных к лечению.

ский ответ, решает прервать прием препарата или принимает его нерегулярно. Использование молекулярных методов позволяет своевременно выявить недостаточную эффективность терапии как за счет свойств самой опухоли, так и при нарушении режима приема препаратов. Повторные исследования лейкоэмических клеток позволяют на ранних этапах выявить их изменения и предотвратить риск прогрессии заболевания. К сожалению, продвинутая терминальная стадия хронического миелолейкоза не поддается современным методам лечения.

**И все же вы говорите, что работаете сейчас над тем, чтобы можно было достичь такого результата лечения, при котором можно уже не принимать лекарство? Тут нет противоречия?**  
**АННА ТУРКИНА:** Противоречия нет. Важно сразу определиться с терминами. Мы говорим не об отмене терапии, а используем термин «ведение глубокой молекулярной ремиссии без лечения». Приостановить прием препарата можно только в случае, когда полная молекулярная ремиссия сохраняется не менее двух лет. Такой подход допустим только под строгим молекулярным контролем и в настоящее время допустим только в исследовательском протоколе. Это важно для безопасности больного. В случае возникновения рецидива мы выявим его рано и сразу же возобновим лечение.

→A2

Детям тоже больно

A3

Порядок назначения обезболивающих лекарств маленьким пациентам необходимо изменить



МОДЕРНИЗАЦИЯ Медицина столицы становится более эффективной  
Инфаркт попал в сеть

Татьяна Батенева

В СТАЦИОНАРАХ столицы за год оказывают медицинскую помощь почти двум миллионам человек. Что делается для того, чтобы она была более эффективной и качественной, «РГ» рассказал первый заместитель руководителя департамента здравоохранения Москвы Николай Потekaев.

Николай Николаевич, в системе здравоохранения столицы происходит немало изменений. В чем их суть?  
**НИКОЛАЙ ПОТЕКАЕВ:** Как известно, в 2011–2013 годах в Москве сформирована трехуровневая система оказания первичной медико-санитарной помощи—с целью повышения качества работы поликлиник. Проводилось слияние 4–5 амбулаторно-поликлинических учреждений в одно юридическое лицо. Теперь у нас функционируют 46 городских поликлиник для взрослых и 40—для детей, в состав каждой вошло от 3 до 5 филиалов. Таким образом, общее число поликлинических подразделений не только не уменьшилось, а с учетом строительства новых в районах Куркино, Южное Бутово, Лианозово, Печатники, на Окско-Волжском бульваре, в Зеленограде и на территориях Новой Москвы увеличилось.

Было также проведено структурное преобразование ключевых специализированных служб—психиатрической, фтизиатрической, наркологической, онкологической, дерматовенерологической, службы медицинской реабилитации: созданы объединения, включающие стационары большой мощности и амбулаторные подразделения. Это позволило существенно сократить административный аппарат этих служб и обеспечить преемственность и этапность в оказании специализированной помощи. С этой же целью связано и присоединение роддомов к больницам. Прежде, когда в роддом поступала беременная женщина с какой-либо патологией и ей экстренно требовалась помощь того или иного специалиста, то ее надо было вначале выпустить из роддома, затем перевести в другое стационар и т.д. Все это требовало времени и оформления множества документов. Сейчас подобных бюрократических барьеров нет—роддом в составе многопрофильной клиники привлекает любых консультантов.

Интенсивная работа койки, наличие современной диагностики на амбулаторном этапе закономерно приводит к уменьшению коечного фонда



Николай Потekaев: Все высокотехнологичное оборудование работает в стационарах круглосуточно.

**Происходит слияние и ряда больниц. С какой целью?**  
**НИКОЛАЙ ПОТЕКАЕВ:** Цель—улучшить доступность различных видов медицинской помощи для больных. Больницы малой мощности присоединяются к крупным стационарам, которые оснащены всем современным лабораторным и диагностическим оборудованием, обладают значительным кадровым и научным потенциалом. В результате пациент получает весь спектр медицинских услуг в одном учреждении.

**Но главный критерий любой модернизации все же—результаты лечения. Улучшили ли эти реформы здоровье москвичей?**

**НИКОЛАЙ ПОТЕКАЕВ:** Приведу несколько цифр. За последние пять лет средняя продолжительность жизни в столице выросла на 2,6 года и составила 76,7 лет. Уменьшилась смертность: в 2010-м она составляла 10,9 на 1000 населения, а в 2014 году—9,7. Смертность от туберкулеза снизилась более чем в 2 раза. От болезней системы кровообращения—на 18,3%. Этого показателя удалось достичь благодаря созданию сосудистых центров, оснащенных современным оборудованием, и в первую очередь ангиографами. В 2014 году таких центров было уже 28—сформирована так называемая «инфарктная сеть». В результате за три года удалось сократить больничную смертность от инфарктов почти на четверть.

**Одновременно с укрупнением больниц шло и сокращение коечного фонда. Не приходится ли больным по-прежнему лежать в коридоре или часами ждать госпитализации в приемном отделении?**

**НИКОЛАЙ ПОТЕКАЕВ:** Да, действительно, коечный фонд сократился на 14,3%. Но за прошлый год на меньшем количестве коек было пролечено на 33 тыс. человек больше, чем в 2013-м. Интенсивная работа койки, наличие современной диагностики на амбулаторном этапе закономерно приводит к уменьшению их числа. Но если раньше коечный фонд жестко «спускал сверху» департамент здравоохранения, то сейчас главные врач вправе менять их объем и профиль в соответствии с потребностями тех или иных видов медицинской помощи. Безусловно, Департамент здравоохранения осуществляет постоянный мониторинг и контроль эффективности стационаров Москвы и коечного фонда в целом.

**Это кажется парадоксом—коек меньше, а пациентов больше. За счет чего?**  
**НИКОЛАЙ ПОТЕКАЕВ:** Сроки пребывания больного в стационаре сократились благодаря применению более современных технологий лечения, например эндоскопических операций.

→A3

опыт Регионы предлагают компаниям всестороннюю поддержку

## Инвестор станет земляком

Павел Тараканов, заместитель губернатора Тюменской области

В нашем регионе есть серьезные планы по развитию фармацевтической и медицинской промышленности. Для этого есть все причины. Во-первых, мы понимаем, что за фармацевтикой и биотехнологией будущее, и если мы хотим идти в ногу со временем, то следует развивать те отрасли, которые будут востребованы. А если говорить более приземленно, то санкционная ситуация заставила понять, насколько мы зависим от иностранных производителей лекарств. Поэтому стараемся внести свой вклад в импортозамещение в этой отрасли, которая крайне важна для людей.

У нас в регионе уже есть ряд предприятий этих отраслей: завод медицинского оборудования, предприятие по производству протезно-ортопедических изделий, химико-фармацевтический завод, то есть в принципе есть некий плацдарм для развития. Однако сегодняшний уровень этих предприятий нас не устраивает. Мы работаем вместе с собствен-

никами над тем, чтобы они вкладывали средства в развитие. Но параллельно ищем и новые компании, которые открыли бы современные производства с максимальным уровнем локализации.

Потенциальным инвесторам мы предлагаем меры всесторонней поддержки. Это и налоговые льготы—снижаем на 4% налог на прибыль, уменьшаем налог на имущество—землю, транспорт, оборудование—минимум на три года. А если проект не столь прибыльный, то этот срок может быть и продлен. Помимо этого, предоставляем малому и среднему бизнесу возмещение затрат на покупку нового оборудования по программе лизинга—компенсируем первый взнос, который может составлять до половины его стоимости. Правительство области всегда отслеживает процесс выбора оборудования, чтобы оно было самым современным, новейшим. Кроме того, область компенсирует до половины затрат на инженерно-инфраструктурное обустройство, включая газо-, водо- и теплоснабжение, электросети, подземные пути, как автомобильные, так и железнодорожные. Это позволяет снижать капитальные затраты

Акцент

С инвесторами мы работаем по принципу «одного окна»: сопровождаем каждого от начала до конца проекта, помогаем в решении всех возникающих вопросов

на строительство и технологическое перевооружение, делать бизнес более рентабельным.

С инвесторами мы работаем по принципу «одного окна»: сопровождаем каждого от начала до конца проекта. С кем бы он ни сталкивался—с региональными властями или федеральными,—мы помогаем ему добиться решения всех возникающих вопросов. Инвесторы отмечают комфортность ведения дел в нашей области. К примеру, если у них возникают какие-то проблемы с ресурсоснабжающими организациями или они превышают тарифы, мы

выносим вопрос на региональную энергетическую комиссию и добиваемся снижения тарифов, чтобы инвесторы не несли дополнительных издержек.

Сегодня мы можем предложить потенциальным инвесторам около 500 площадок, где уже определены точки подключения всей инфраструктуры. Это делается оперативно, как только инвестор выберет площадку. Но мы должны соблюдать и интересы своего региона, развития районов, поэтому добиваемся, чтобы инвестпроекты были равномерно распределены по всей территории области.

→A3