



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

**Съест-то он съест, да кто ж ему даст.**

В России объявлен процесс модернизации. Мы пережили ускорение, головокружение от успехов, реформы — чего только не было за последние 100 лет. То, что сейчас происходит в нашей стране со здравоохранением, можно назвать специфической реформой. Реализуются многомиллиардные разовые затраты на проекты,

воохранения ресурсы, в том числе и живые деньги. К примеру, кабинеты здоровья будут финансироваться из средств ОМС. Уже закуплено огромное количество не просто ненужного оборудования, а оборудования, созданного жуликами, реализующим антинаучные подходы. И уже регионы рапортуют о своих победах над здоровыми людьми. Больные становятся все менее интересным объектом для работы.

Много лет власти пытались стимулировать рождаемость. Путь этот тупиковый, сопровождается он ростом детей в неблагополучных семьях, бездомных, больных с врожденными уродствами. Постоянно выдавались ложные цифры статистики, хотя, вроде, удалось повлиять на вранье относительно соотношения рождаемости и смертности: была, наконец, сделана поправка на миграционные процессы. Наконец вроде совершен поворот в сторону сокращения смертности, вместо стимуляции рождаемости. Но мы еще только в начале пути и не ясно, куда нас позовут дальше.

**Нужен один карман**

Казахстан совершил с 2010 г. единственно правильный шаг, на который следует решиться и нашей стране. Произведена централизация средств системы здравоохранения в едином государственном кармане. Традиционно в нашей стране, еще со времен СССР, как и в других республиках-странах деньги на здравоохранение были децентрализованы:

каждый регион, как бы он не назывался, имел собственную мощь и тратил из нее по своему разумению. Высшим достижением децентрализации является передача денег на оказание помощи муниципалитетам и далее — врачу-фондодержателю. Такие проекты реализуются в ряде регионов страны. Распыление приводит к росту нерациональных расходов и высочайшей степени неравномерности в доступности медицинской помощи.

Государственные средства заложены лишь на оплату помощи в государственных организациях, главным образом — высокотехнологичной. При таком раскладе первичное звено оказывается брошенным на произвол судьбы и неизбежно разваливается. Что и происходит на наших глазах.

В стране нет системы здравоохранения ни как экономической системы, ни как юридической, административной и профессиональной. У государства нет возможности реализовать хоть какой-нибудь масштабный проект в области здравоохранения: трудно преодолеть юридические преграды, разобщение, созданные нашими традициями и современными законами. Нет в здравоохранении административного подчинения, нет экономических рычагов. Государство не способно в нынешних условиях сделать ничего!

Казахстан реализовал наши призывы и проекты. Смешно: мы тут предлагаем и обосновываем, а делают — другие. Пора бы уже взяться чиновникам за ум. Необходимы радикальные шаги и начать надо с создания национальной системы здравоохранения:

- с единым источником финансирования и бюджетом,
  - с едиными правилами, стандартами,
  - с покрытием за счет обобщенных средств всех потребностей граждан страны в медицинской помощи, включая жизненно необходимые лекарства,
  - с оплатой медицинской помощи «по факту» (деньги — за больным),
  - с созданием и мониторингом индикаторов качества как на индивидуальном уровне, так и на всех уровнях медицинских организаций и регионов.
- Без этого у страны нет будущего. Мы как народ будем вымирать и дальше!

**Уже 2 года ОНЛС работает за счет организационных мероприятий местных властей**

При этом никто ничего не обсуждает и не обобщает. А ситуация в территориях разная. Возьмем Дальний Восток: 36% территории и 4% населения страны, при

Прошла VIII ежегодная школа-семинар Форумного комитета РАМН, которая традиционно организуется Обществом фармакоэкономических исследований. На заседаниях присутствовало чуть более 50 человек, были и выступали с докладами гости из Казахстана, Турции, Венгрии и Сербии. Многие проблемы являются общими для наших стран, везде идут реформы, но пути и способы решения — существенно различаются.

Доклад Форумного комитета о лекарственном обеспечении населения страны, опубликованный в 2009 г., явился мощным импульсом для развития вопросов лекарственной политики в России. Нельзя недооценить значение этого документа. На его основе сделаны новые шаги в сторону изменения ситуации в соответствии с тем, что предлагал Форумный комитет в своем докладе. Шаги неуверенные, но многие — в нужном направлении. Например, появилась тема единых цен на все жизненно необходимые лекарства в стране, попытки законодательно решить вопросы этичности отношений врачей и фармацевтических компаний, поднята на уровне первых лиц страны тема редких болезней и многое другое.

**Куда влекут нас специфические реформы**

(заметки к протоколу заседания Форумного комитета РАМН)

**Обращение академика А.И. Воробьева к членам Форумного комитета.**

Дорогие друзья, дорогие товарищи! Я поздравляю вас с открытием нашего ежегодного традиционного собрания — собрания Форумного комитета.

Что можно сказать о сегодняшнем дне? Трудно. Законодательство не всегда находится в соответствии с тем, что мы предлагаем. Но одно могу сказать твердо: что правду, публичную, печатную, телевизионную несет о лекарственном обращении именно наш комитет. Не смотря ни на какие препятствия, мы доносим до народа, до руководителей страны правдивую информацию по этому животрепещущему вопросу.

Слушают ли нас? Слушают ли или слышат? Слышат. И нередко в постановлениях, в документах фигурируют дословно наши выражения. Все-таки худо-бедно, но какая-то подвижка в восстановлении нашей отечественной промышленности есть. Она идет снизу, и это хорошо. Биотехнология — это та область, где мы не отставали. Искусственное заглупление науки имеет место быть. Но это — пустое. Уничтожить науку невозможно.

О чем бы я хотел просить: не опускайте руки. Мы говорили правду, мы должны продолжать говорить правду. У наших пациентов по линии лекарственного обеспечения другого идеологического защитника просто нет. Мы слуги народа, мы дети этой страны и нам не на кого ссылаться. Мы не можем говорить — пусть Министерство делает. В Министерстве профессионалов мало.

Совсем недавно в нашем Гематологическом центре прошел декадник. Мы продемонстрировали там феноменальные успехи в лечении злокачественных опухолей лимфатической системы. Таких успехов не имеет никто. Мы за это отвечаем. В литературе, на международных конференциях все это доложено. И равных этому нет. Мы все равно в общем строю мировой науки.

Вопрос в том, как это все тиражировать. В одном мы отличаемся от мировой науки. Они представляют высокоцивилизованные страны с более-менее равномерным уровнем медицинской помощи. А у нас между центрами и провинцией — дистанция огромного размера. Об этом нужно все время говорить, напоминать. Потому что отсылать здоровье наших граждан на печенке муниципальных образований — это ошибка. Больной человек не знает, где он получит помощь, на федеральном уровне или на муниципальном. Его это не должно касаться. Он платит налог на здравоохранение пропорционально своей зарплате. Относится он к федеральному учреждению или муниципальному — ему глубоко безразлично. И он — прав. Он должен получить необходимую ему медицинскую помощь.

Сегодня для этого есть все возможности. Нефть по-прежнему дорогая. И всякие реформаторские ухищрения, которыми пытаются как-то завуалировать ухудшение медицинской помощи, не могут проходить безнаказанно.

Мы должны говорить правду. Во что бы то ни стало. Я поздравляю вас с этим праздником ваших интеллектов, ваших душ. Будьте здоровы и работайте, пожалуйста, не оглядываясь.



не имеющие ни научных обоснований, ни кадрового потенциала, ни общественной поддержки. Вбрасываются и мгновенно принимаются законы, которые отменяют устоявшиеся в обществе нормы и правила, не вводя им на смену новые. Мнение общества в целом, экспертного сообщества игнорируется. Нет никаких сформулированных целей, ориентиров, задач модернизации.

Мы — единственная страна в мире, где бедный платит за богатого. Так у нас устроена система медицинского страхования: туда отчисляются средства от заработной платы, а не от доходов. А богатые зарплаты не имеют, впрочем, доход этих «неработающих» составляет 80% от дохода всего населения страны. Система ОМС, следовательно, получает в 4 раза меньше того, что могла бы получить при разумном и справедливом налогообложении.

Еще пример: говорят о насыщении фондов ОМС с 2011 г. за счет увеличения размеров страховых тарифа, начисляемого на зарплаты. Но внезапно выясняется — и это озвучивает Председатель правительства страны — что деньги эти собственно на медицину тратиться не будут, а направят их целевым образом на ремонт зданий медицинских организаций. Учитывая, что примерно треть из них не имеет канализации и горячего водоснабжения, многие находятся в приспособленных помещениях, в частности — в жилых домах. Нужно не ремонтировать, не красить стены, а строить и оборудовать новые помещения, нужны типовые проекты медицинских организаций, нацеленных на реализацию новых задач.

Кроме того, вообще не ясно, с чего это правительство распоряжается средствами внебюджетного фонда. Вроде бы это дело депутатов. Но у нас можно все. Почему такой вектор — очевидно: больше всего можно украть именно на ремонтных работах в больницах. Больше, говорят, чем закатать в асфальт. Километр московских улиц стоит в 100 раз дороже, чем в Европе. А ремонт больниц никто не сопоставляет.

Но в одном можно быть уверенным: в разваливающемся здании пустят горячую воду, забыв сделать душевые кабинки и ванны. Все это уже было, и в том или ином виде повторяется последнее десятилетие. Купили модули для высокотехнологичных клиник — самое дорогое, что есть в мире — и пока они плыли морем-речкою, произошло обсеменение их грибом. Теперь модули можно выкинуть вместе со всем содержащимся в нем оборудованием. Не всех постигла такая судьба, лишь некоторые пострадали. Но и некоторые — деньги не малые. Кто-то слышал, что кто-то ответил за это?

Все современные вертикальные здравоохраненческие проекты в нашей стране отъедают от системы здра-



Начало на стр. 1 ↗

этом 40% населения живет в селах, где есть только ФАП или нет вообще ничего. Возможность реализации врачами и фельдшерами лекарств в отдаленных территориях с одной стороны — важный шаг в сторону повышения доступности лекарств. Впрочем, неясно, почему их заставляют торговать лекарствами, превращая в коммерческую структуру. Но фельдшеров и врачей не учили этому. Надо учить их хотя бы 144 часа, дать азы о новом для них виде деятельности. Хотя вполне можно было бы обойтись стандартами, требованиями, самообразованием, дистанционным образованием. Но и этого нет, новый закон «Об обращении лекарств» просто вступит в силу, а кто и как будет делать, реализовывать эти положения — не так важно его авторам.

В Санкт-Петербурге федеральных льготников было исходно 850 000, осталось в 2009 г. — 272 000 человек, сейчас — в 2010 г. — 208 000 человек (–70 000). Они скоро все выйдут из программы ОНЛС, кроме ленивых. Парадокс, но федеральные льготники фактически покупают лекарства «на свои» деньги: государство дало им деньги, монетизировав льготы, и предложило часть средств выдавать лекарствами. За «свои» люди хотят что-то получить, а приобретают только головную боль.

Отказ пациентов от лекарств в системе ОНЛС носит массовый характер, эта проблема общероссийская. Неудобство получения, не те препараты, на которые рассчитывают пациенты, врачам запрещено выписывать то, чего нет в аптеке — вот будни программы. Закупки уполномоченными компаниями осуществляются поквартально, лекарства «выбираются» пациентами в первый месяц квартала, а два месяца больные либо кукуют, если не успели отоварить свои рецепты, либо покупают препараты за живые деньги.

Цены, особенно на отечественные препараты, растут гораздо быстрее, чем это может быть обосновано инфляцией. Расходы бюджетов растут, а обеспечение стоит на месте. Так, в Челябинской области уже 2 года падает число проданных упаковок лекарств как отечественного, так и импортного производства, при одновременном существенном росте общих затрат на лекарства. Затраты на импортные препараты растут опережающими темпами. За этим, скорее всего, стоит коррупция. Отложенных рецептов — проценты, а реально недоступных лекарств — десятки процентов. В результате публикация статистика далека от истины.

Новые подходы к ценообразованию и фиксации цен на жизненно необходимые лекарства пока не привели к провозглашенному властью снижению цен.

Из-за 94 закона, когда во главу угла поставлена покупка самых дешевых лекарств, пробуксовывает вся формулярная система. Вместо хороших лекарств закон предписывает покупку плохих, но дешевых. Они ложатся на аптечных складах неликвидным грузом. Люди голосуют против препаратов, покупаемых по минимальной стоимости. Противосудорожные, антиаритмики — больные сами видят, работает или не работает, и отказываются брать плохой, но дешевый товар. Часть



препаратов «заказаны», но не востребованы. Их будут теперь, по прошествии нескольких лет, списывать и уничтожать. Закон 94 надо менять, этот закон привел к огромным затратам на списанные лекарства. Экономия в одном, государство теряет кратно в другом. Мы — богатая страна.

Вроде всем понятно — такой закон не должен распространяться на лекарства и медицинскую технику. Но нет, чиновники его упрямо продолжают исполнять, а надзирающие органы — пресекать отступления от буквы и духа закона. Закон направлен против народа, закон — убийца, к нему нельзя приспособиться. Об этом Формулярный комитет говорит все то время, что закон действует. Но решений по отмене закона или его модификации не принимается.

Одним из возможных паллиативных по отношению к 94 закону, но самоценных самих по себе решений является создание списка качественных дженериков по типу «Оранжевой книги» в США. Дженерики изучаются, анализируются уже несколько лет членами Формулярного комитета, Обществом фармакоэкономических исследований. Пора собирать камни. Пора придать этому публичность.

#### Формулярная система активно разрушается

Формулярная система пронизывает всю систему здравоохранения сверху донизу. Общие подходы к формированию формуляров больниц, списков для обос-

печения отдельных категорий населения, перечней должны реализовываться гармонично. Отсутствие транспарентности, отсутствие общественных обсуждений в системе здравоохранения крайне вредит системе лекарственного обеспечения. Создание шунтов в формулярной политике, когда сосуществуют принципиально разные — научные и антинаучные административные — решения приводит к исчезновению всех достижений формулярной системы. Необходимо неукоснительное соблюдение правил и процедур принятия решений.

В стационарах страны огромные проблемы из-за отсутствия формулярной политики, несовершенства формирования заказа. Закупаются районами препараты, которые неудобно иметь сегодня в больнице. Пример: Охотск закупил 300 флаконов амикацина — зачем? Кого этим препаратом там лечить? Массу проблем надо решать в районных больницах, там огромные и неразумные траты. Там сидят малограмотные руководители. Кадров не хватает, клинические фармакологи — изгой, их нет в районных больницах, а главные врачи — знают все сами. И покупают то, что разумеют. А после они же становятся руководителями здравоохранения регионов. Их — руководителей — надо учить.

Новыми законами Формулярная система фактически уничтожается. В законах нет ни системы как таковой, ни ее составляющих. В этих условиях возможность довести что-то новое до сведения врачей и добиться исполнения врачами новых веяний крайне сомнительна. Врач будет сопротивляться как и прежде, но если раньше можно было апеллировать к разумности выходящих стандартов и распорядительных документов, то теперь рекомендации, издаваемые руководством здравоохранения страны, часто противоречат здравому смыслу. Вместе с тем, без поддержки врачебного сообщества никакая система работать не будет.

Формулярному комитету нужно снова укреплять позиции формулярной системы в целом. Эта тема уходит, дробится на частности, исчезает.

#### Новый закон нельзя исполнять — его можно только переделывать

Закон «Об обращении лекарственных средств» сохраняет существовавшие окна коррупции и создает целый ряд новых. Например, закон позволяет инициировать клинические исследования только разработчикам лекарственных средств, даже не производителям, и тем более — не научно-исследовательским организациям. Осталась регистрация только тех препаратов, которые прошли здесь, в России, клинические исследования.

Нужно понимать так: правительство услышало и увидело перспективы рынка исследований и этот рынок теперь под зонтиком заинтересованных членов правительства. Впервые исследования стали частью процесса регистрации. Практически нигде в мире такой ситуации нет.

Исследования на детях не должны применяться за исключением ситуаций, когда нельзя сделать эти исследования на взрослых. Тем более невозможна такая ситуация для психически недееспособных больных, находящихся часто под формальной опекой главного врача диспансера. Конечно, последний всегда даст разрешение на любые испытания, покажи ему лишь краешек долларовой бумажки. Куда мы идем с такими подходами? К практике концлагерей?

Невнесение новеллы по биоаналогам в новый закон, скорее всего, связано с интересами обслуживания ассоциированных с правительством бизнес-структур. Как и исключенная тема по редким болезням и редко применяемым лекарствам.

Не столь очевидно исчезновение темы информационного стандарта лекарственного средства. Теперь информация о лекарствах не регулируется законодательно — пиши что хочешь. Результаты такого решения сейчас трудно себе представить.

По мнению большинства докторов, в России нет нежелательных реакций на лекарства. Так, в Хабаровске в прошлом году было около 100 подобных сообщений, а должно быть — не менее 400. Новый закон разрушает формирующуюся систему фармаконадзора, так как сообщать надо теперь только о реакциях, которых нет в инструкции, и не надо сообщать о тех осложнениях, которые обозначены в инструкции к препарату. Значит, если у каждого второго-третьего больного будет анафилактический шок, и он указан в инструкции — то сообщать не надо? Частота осложнения значения не имеет? Более того, ответственность за информацию о нежелательных реакциях взяло на себя государство, тогда как в мире это добровольная деятельность врача. Как предполагается реализовать эту функцию — неясно.

Еще один парадокс: новый закон не разрешает контролировать цены на все препараты, так как записано это только для препаратов из ЖНВЛС. Уже сейчас цены на препараты, не входящие в перечень, быстро полезли вверх. И этот процесс, вполне вероятно, не контролируется производителями, так как низкая доходность не выгодна как для производителей, так и для аптек и дистрибуторов. Задирать цены будут все. По схеме регистрации цен (методика различается для отечественных и зарубежных компаний), цена на отечест-

венный генерик может быть выше, чем цена на оригинальный препарат, так как зарубежные фирмы представляли цены из нескольких стран, а наши — цены по контрактам внутри страны. В Европе на первый генерик цена уже должна быть на 30–50% ниже оригинального препарата. У нас таких требования нет. За нашим списком ЖНВЛС нет бюджета, нет государственного возмещения. Поэтому цены регулироваться в таком усеченном и несправедливом виде не должны. Мир регулирует цены на лекарства, которые оплачивает государство. А мы как-то странно это пытаемся делать.

Вот целый перечень претензий к закону, сформированных еще на стадии его внесения в Государственную Думу. Эти вопросы не нашли решения. Закон

- не создан в интересах пациентов, лишен конечного субъекта, центра системы обращения лекарственных средств — их потребителя, а значит и смысла обращения;
- не решает основных задач, стоящих сегодня в сфере лекарственного обеспечения населения;
- регулирует не всю систему обращения, а ее фрагменты, не регулирует множества вопросов, которые относятся к предмету его регулирования;
- неоправданно жестко, административным путем вторгается в оборот гражданских прав, что влечет за собой неуправляемый передел рынка лекарств, системы регистрации, проведения экспертиз и исследований;
- в целом, без надлежащих на то оснований, создает неуправляемые риски в важнейшей сфере социальной жизни — обеспечения населения лекарствами;
- не соответствует мировой практике.

Согласно ч. 2 ст. 55 Конституции России в Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина. Возникающие с принятием закона риски доступности и качества лекарств для населения не оправдываются его новеллами. Мнение экспертов Формулярного комитета единодушно: принятый в спешке, в условиях беспрецедентного административного давления закон «Об обращении лекарственных средств» не сможет работать без существенной переработки. Нужно немедленно готовить и озвучивать поправки к нему и стараться их вносить.

#### Лекарственная независимость страны

Ни одна страна не является сегодня «лекарственно независимой». В нынешних условиях концепция импортозамещения во многом искусственна и не подходит для глобализованного рынка. Нужно ли стремиться к полному импортозамещению или нужно делать упор на те направления, в которых уже есть интеллектуальные и производственные ресурсы? Нужно ли иметь производство «инновационных» препаратов — т. е. «востребованных», покупаемых, но часто с недоказанными эффектами, или стратегически значимых, например — антибиотиков. Среди министерских приоритетов антибиотиков, кстати, не звучат! В стране нет — полностью уничтожены — антибиотической науки и антибиотического производства.

Достигать импортозамещения можно поддержкой доступа качественных дженериков на рынок и стимулирования снижения цен на лекарства, а можно — созданием барьеров доступа на рынок для «иностранных» препаратов, что неизбежно приведет к снижению качества лекарств и повышению цен. При этом еще большой вопрос — смогут ли отечественные дженерики выиграть ценовую войну у лекарств, производимых в юго-восточных странах? А если и смогут с господдержкой, то во сколько они на самом деле обойдутся населению, с учетом вложений бюджетных средств, повышения цен на импортные препараты через пошлины, нерациональности трат бюджета и т. д.?

#### Яд признан безопасным

Россия — первая в мире страна, сделавшая законным продуктом табак — продукт, убивающий людей. Теперь признано законом, что табак не опасен сам по себе, раз есть Технический регламент по табаку, в котором описаны требования к его безопасности, значит все, что этим требования удовлетворяет — безопасно. Так решил закон!

Не приняты очевидные меры по повышению стоимости алкоголя. Цинично отказано в принятии этой единственно доказанной технологии ограничения потребления табака и водки. Сигареты стоят не больше 5 рублей, и их может позволить себе каждый школьник, как и бутылку водки. Вместо водки значительно подорожало пиво. За всем этим проглядывает отчетливое коррупционное мурло.

#### Пациенты сами о своих правах позаботятся

Как показали последние годы, карманные, созданные фирмами-производителями пациентские организации не оправдывают возложенных на них задач по выведению лекарств на рынок. Более того, они дискредитируют пациентское движение. Вместе с тем, организации-карлики, без финансирования, без юридических знаний тоже не могут самостоятельно решать свои проблемы. Интересы пациентских организаций могут расходиться и даже противоречить друг-другу, задача — в поиске консенсуса.

Продолжение на стр. 3 ↘



Начало на стр. 1, 2

Формулярный комитет несколько лет назад поднял эту тему, приняв в свой состав Ю.А. Жулева как представителя пациентских организаций. Сейчас движение объединения приняло совсем новый вектор. Заканчивается юридическое оформление Союза пациентских организаций России. Готовится декларация прав пациентов, она сейчас проходит обсуждение. Планируется принять ее 28 мая на первом съезде пациентских организаций страны.

Нельзя сказать, что власти активно сотрудничают с пациентами. Скорее — наоборот. Вместе с тем, кое-что удастся. Один из примеров диалога — отстаивание квот для больных с заболеваниями крови в декабре 2009 г., когда казалось, что больные с болезнями крови, да и не только они, окажутся вне государственного финансирования.

Менее удачной, но оттого не менее значимой была акция в поддержку письма Президенту страны от общественных организаций с просьбой не подписывать закон «Об обращении лекарственных средств». Письмо подписали 25 тысяч граждан страны, Формулярный комитет выступил со своим прямым обращением к Президенту аналогичного содержания. Однако обращение общественных организаций содержало коммерческие названия 2-х конкретных лекарств. К сожалению, только этот незначительный факт мог послужить провокацией принятия отрицательного решения Президентом по поддержке данного воззвания.

#### Милость к падшим

Справедливость не есть равенство, но термины близки друг другу по смыслу. Равенство недостижимо. Но механизмы достижения равенства, и более того, механизмы устранения неравенства важны сами по себе. В частности — устранение неравенства для уязвимых групп населения страны.

При подготовке доклада Формулярного комитета в 2009 г. были проведены опросы, изучались доступные сведения о медицине в СИЗО и колониях. Результаты — удручающие. Надо понимать, что взгляд врачей гораздо более оптимистичен, чем взгляд заключенных, а доступно в основном мнение врачей. То, что врачам представляется в розовом цвете, совсем не так розово выглядит для ЗК. Например, купить лекарство — проблемы нет, но оно может быть будет закуплено из средств «общака», и больной окажется «оставленным на счетчик».

Карательная функция медицины в СИЗО и ФСИН не вызывает сомнения. Достаточно только нескольких нашумевших дел, просочившихся в прессу: смерть Магницкого, издевательства над академиком Сидоровым. В 1992 г. А.И. Воробьевым, тогда министром здравоохранения, была поставлена задача передачи тюремной медицины в гражданское подчинение. Уже 18 лет об этом идет речь, настало время действовать. Необходимо выдвигать требование о переводе системы медицины из следственных органов и ФСИН в гражданскую медицину, как это сделали с вырезвителями. Лекарственное обеспечение в тюрьмах и СИЗО должно быть полностью на ответственности государства.

#### Эпидемическая пневмония — фундаментальная, организационная и медицинская проблема одновременно

Эпидемия пневмонии 2009 г. унесла огромное число жизней молодых мужчин и женщин. Среди умерших — сотни беременных женщин. Данные эти не официальные, нигде не публикуются, но легко экстраполируются из сообщений в Интернете. В каждом регионе России погибло несколько беременных, регионов — 90, получаем цифру в несколько сот человек. Мы не знаем, сознательно ли скрываются эти данные. Возможно, что из-за неизбежности разговора с прокурором такая установка была дана Минздравсоцразвития осенью 2009 г. — врачи скрывают, что смерть произошла от пневмонии, и выставляют иной диагноз. Примеры такому поведению есть, об этом пишут сами врачи в блогах и форумах.

Характер эпидемии пневмонии носил все признаки массового поражения: одновременность вовлечения большого числа людей, однотипность клинических проявлений, необходимость привлечения дополнительных медицинских сил и средств, решения вопросов эвакуации. Однако в эту эпидемию не было сделано многое из того, что необходимо было сделать.

В начале эпидемии — в середине ноября — Формулярный комитет создал и распространил через Интернет, через средства массовой информации (Независимая газета) рекомендации по лечению эпидемической пневмонии. Они базировались на опыте члена ФК профессора В.Е. Ноникова. В некоторых клиниках страны, в Казахстане они были воспроизведены с высокой результативностью. В частности, показательны работы, выполненные в Алтайском крае. Речь идет об остром эндотелиозе с поражением легочных капилляров. ДВС-синдром при этом вторичен, носит тяжелый характер, приводит, наряду с острой дыхательной недостаточностью, к полиорганной недостаточности. Эффективно лечение с использованием антикоагулянтов, свежемороженой плазмы, плазмафереза, вспомогательного дыхания и, в некоторых случаях, оксигенации крови: летальность снижается практически до нуля.

Предыдущие годы характеризовались вспышкой микоплазменных пневмоний, которые плохо диагностируются и неадекватно лечатся. В связи с этим Формулярный комитет считает необходимым написание специального доклада по эпидемическим формам пневмонии, где должны быть отражены все разнообразные вопросы, связанные с этими пневмониями.

#### У редких болезней нет будущего?

Известно, что 20% болезней поражает 80% больных людей. Оставшихся 80% болезней — тысячи. Это и есть редкие болезни. В целом ими болеют 20% пациентов. А это — миллионы граждан страны.

- Основные группы редких болезней следующие:
- наследственные дефекты обмена веществ в клетках
  - отдельные злокачественные солидные опухоли
  - большинство гемобластозов, в первую очередь — лимфопролиферативных
  - наследственные изменения свертывающей системы крови (тромбофилии, геморрагические заболевания и синдромы)
  - тяжелые формы системных воспалительных заболеваний
  - и многие другие.

Число новых редких заболеваний быстро растет по мере развития новых исследований генома, молекулярной диагностики, молекулярной медицины в целом. Сейчас речь идет о как минимум 5 тысячах редких заболеваний.

Из фундаментальных исследований новелла редких болезней быстро переходит в прикладную тему. Этому способствует разработка новых лекарств таргетной терапии, в первую очередь — биологических препаратов, генно-инженерных технологий. В США признано около 500 редко применяемых технологий, в Европе — 400, в России в список Формулярного комитета входит уже около 100.

Однако в стране нет правового регулирования темы редких болезней. Попытки ввести это понятие и все, что с ним связано, в закон «О лекарственном обращении» успехом не увенчались. Чиновники всех мастей стоят насмерть. Федеральная целевая Программа по редким болезням, разработанная Формулярным комитетом и принятая Президиумом РАМН год назад, не воспринята министерствами.

Нет списка болезней, нет реестра, поэтому нет и планирования объема — так заявляют чиновники, обосновывая свой отказ заниматься проблемой. Подход «от предоставления регистров» так же ошибочен, как «лечение по инвалидности», воспроизведенное в программе ДЛО/ОНЛС. Деньги должны следовать за больным, а не за строкой регистра. Больной должен быть включен в регистр потому, что он болен, а получать лечение потому, что он нуждается в лечении.

Сегодня государство заявляет об отсутствии возможностей финансирования редких технологий. Конечно, нужны расчеты для обоснования выделения средств под редкие болезни: сколько больных, как дорого они стоят. Но все подобные расчеты могут носить лишь временный и ориентировочный характер, так как ситуация может быстро меняться. Кроме того, нужны новые подходы к финансированию, в частности — так называемое «разделение рисков», когда оплачивается государством эффективное лечение, а неэффективное — частично или полностью возмещается фирмой-производителем. Нужно оплачивать только комплаентное лечение. Хотя нетрудно предположить, что риски окажутся заложенными в стоимость лекарств. Тут нужна регулирующая политика, референтные цены государственного возмещения.

Следует напомнить, что «программа 7 нозологий» не является программой в каком-либо виде, а лишь строкой в бюджете. Это выкидыш из программы ДЛО самых затратных лекарств. В этом положении долго такая ситуация существовать не может, 7 нозологий — как камень на дороге, его можно обойти и забыть.

Надо перевести эту тему в отдельный закон — закон «О лекарственном обеспечении больных с редкими болезнями». Хотя закон может быть шире — о редко применяемых технологиях. Ведь кроме лекарств, есть еще диагностика, например, разработка чиповых технологий для выявления генетических мутаций. Есть лекарственные технологии терапии. Прообразом можно взять Закон о иммунопрофилактике. Он прост как 5 копеек, поэтому работает. Впрочем, за этим законом есть бюджет.

Влияние различных лоббистских групп тем слабее, чем меньше решены концептуальные вопросы. Для разработки закона нужна концепция, содержащая определение, технологии, способы бюджетирования, технологии реализации программы, выбор приоритетов. Кроме нас ее некому разработать.

Нужен четкий план работ, что мы делаем в этом году. Распределить роли Формулярного комитета и пациентских организаций. В качестве промежуточного решения необходим краткий доклад по редким болезням. Его надо опубликовать и публично обсудить.

#### Стандарты умерли, да здравствуют стандарты!

Минздравсоцразвития последовательно блокирует работы по стандартизации. Фактически уничтожена «Система стандартизации в здравоохранении», разработанная и утвержденная в 1997 г. Приостановлены работы по стандартизации, существующие стандарты не внедряются в практику. Нет ничего о стандартах и в новом проекте закона об обязательном медицинском страховании.

Одновременно много лет декларируется создание сотен стандартов медицинской помощи, которым приписываются некие новейшие свойства, принципиальные отличия от предыдущих. Сколько не говори «халва, халва», во рту слаще не станет. Последним аккордом было прекращение разработки Ростехрегулированием протоколов ведения больных и стандартов медицинских технологий. Эти документы востребованы медицинским персоналом, но не понятны медицинским чиновникам. Формулярный комитет с 2009 г. начал у-



тверждение созданных ранее протоколов и стандартов медицинских технологий, утвердив «методом обложки» собственные правила создания таких документов, основанные на соответствующих ГОСТах. Эта работа будет продолжена.

Вместе с тем, появляется необходимость в экстренных рекомендациях по ведению тех или иных групп больных, связанных с появлением новых драматических технологий. Так случилось в ноябре 2009 г., когда Формулярный комитет срочно сформировал и распространил рекомендации по лечению пневмонии при эпидемии гриппа H1N1, вобравшие в себя опыт наиболее крупных специалистов по проблеме пневмонии. Сегодня специалистами ГНЦ РАМН под руководством академика А.И. Воробьева созданы краткие рекомендации по лечению основных лимфопролиферативных заболеваний. Они утверждены на заседании Формулярного комитета. Эти рекомендации в настоящее время трудно перевести в статус Протоколов ведения больных: недостаточна доказательная база, многие вопросы продолжают изучаться и их трудно формализовать.

Если мы будем вырабатывать рекомендации, то они будут исполняться. Подвижки могут быть только тогда, когда кто-то формулирует направления движения. Раз появилась такая потребность, появилась необходимость создания документа, содержащего общие требования к подобным рекомендациям: «Клинические рекомендации. Общие требования».

#### Формулярный комитет дает задания сам себе

Как уже было сказано в преамбуле — нам не на кого рассчитывать, кроме как на самих себя. Формулярный комитет последовательно ставит и решает задачи, взаимодействуя со средствами массовой информации, пациентскими организациями, чиновниками, депутатами. Вот лишь основные концептуальные вопросы, которые были подняты на наших заседаниях:

- Справедливое лекарственное обеспечение: референтные цены на лекарства, государственное возмещение затрат на жизненно необходимые лекарства для всех
- Развитие отечественной фармпромышленности
- Молекулярно-генетическая медицина и фармакология, средства диагностики и таргетной терапии
- Принципы отбора медицинских технологий для программ лекарственного обеспечения и оценка медицинских технологий
- Редкие заболевания и редко применяемые медицинские технологии
- Дженирики и биологические аналоги
- Нелекарственные медицинские технологии
- Стандартизация и экономика в здравоохранении
- Этика и управление конфликтом интересов
- Информация о лекарственных средствах
- Деятельность организаций пациентов
- Фармаконадзор
- Стандартизация в здравоохранении

По многим этим вопросам вышли соответствующие приказы, постановления, поправки в законы и новые законы. Нам удастся отстаивать важнейшие позиции. И мы будем продолжать это делать. Так держать.

Заместитель Председателя  
Формулярного комитета РАМН  
П. Воробьев



## ИнтерНьюс

### Курение продолжает ослеплять людей

Курение уверенно занимает позицию ведущего фактора риска развития слепоты. Ученые из Калифорнийского университета в Сан-Франциско выяснили, что вредная привычка увеличивает риск развития увеита. Увлечение табаком уже признано серьезным фактором риска при развитии возрастной макулярной дегенерации, катаракты и других заболеваний глаз. Теперь исследователи считают курение ответственным еще и за развитие увеита, ставшего причиной 10% случаев полной слепоты только в США. Рабочая группа под руководством доктора Ниша Ачарья проанализировала медицинские записи пациентов клиники Калифорнийского университета, которые посещали ее в период с 2002 по 2009 годы. Выяснилось, что у курильщиков увеит встречался в 2,2 раза чаще, чем у тех, кто никогда не брал в руки сигарету. Кстати, вредная привычка увеличивала риск развития увеита во всех отделах глаза вне зависимости от того, развивался он под действием инфекции или по другой причине. Особенно часто у курильщиков появлялось воспаление в центральной области сетчатки. «Сигаретный дым содержит соединения, которые стимулируют воспалительные процессы в кровеносных сосудах, что в итоге может привести к увеиту», — объясняет доктор Ачарья. Первые признаки увеита — покраснение глаза, помутнение зрения, боль и светобоязнь. Это заболевание может серьезно повредить сетчатку глаза и привести к потере зрения. Как правило, увеит вызывается инфекцией, но нередко врачи так и не находят конкретной причины развития заболевания. Не исключено, что они как раз и становятся последствиями курения — активного или пассивного. По словам ученых, первые признаки любых заболеваний глаз — серьезный повод для того, чтобы немедленно расстаться с вредной привычкой.

Источник: <http://www.takzdorovo.ru/>

### Пенсия опасна для здоровья!

Отправка на пенсию или перевод на другую должность может оказаться опасным для здоровья тех, кому за 50, считают исследователи из Чикагского университета. Ученые выяснили, что отсутствие гарантии занятости увеличивает вероятность ухудшения здоровья у пожилых людей. У мужчин чаще проявляются физические проблемы, а у женщин — нарушение психического здоровья. В исследовании приняли участие 200 человек в возрасте от 50 до 67 лет, за жизнью и здоровьем которых ученые наблюдали два года. Они выяснили, что за два года нестабильности на работе у мужчин чаще проявлялись признаки увеличения артериального давления и стресса. А у женщин, оказавшихся в тех же условиях, исследователи заметили симптомы депрессии, повышение враждебности к окружающим и чувство одиночества. Ученые говорят, что за последние 20 лет ситуация на рынке труда во всем мире сильно изменилась: теперь востребованы и те, кому гораздо больше 50 лет. По мнению исследователей, это сыграло не последнюю роль в увеличении продолжительности жизни и повышении социальной активности пожилых людей. Более 70% работающих американцев в возрасте от 45 до 70 лет до сих пор и не помышляют об уходе на пенсию. А работодателям стоит задуматься: пожилые сотрудники могут пригодиться в любой компании как наставники для молодежи. Ведь ничто не ценится так высоко, как накопленные десятилетиями опыт и житейская мудрость.

Источник: [medportal.ru](http://medportal.ru)

### Неравный брак сокращает жизнь женщин

Большая разница в возрасте с мужем значительно сокращает продолжительность жизни женщины. Эти данные были получены в ходе исследования, проведенного группой специалистов немецкого Института демографических исследований Макса Планка под руководством Свена Дрефаль. В ходе предыдущих исследований Дрефаль выяснил, что мужчины с молодыми супругами живут дольше тех, кто женился на сверстнице. В частности, риск смерти у мужей, чьи жены моложе на 7—9 лет, на 11% ниже, чем у мужчин одного возраста с супругой. Ученые предполагали, что эта зависимость справедлива для обоих полов. Однако результаты нового исследования опровергли это предположение. Немецкие ученые проанализировали данные о продолжительности жизни почти двух миллионов супружеских пар из Дании. Согласно результатам работы, продолжительность жизни женщины сокращается пропорционально разнице в возрасте с мужем, причем независимо от того, кто из супругов старше. По данным исследования, риск смерти у женщины, чей муж старше на 7—17 лет, увеличивается более чем на 10% по сравнению с супругами-сверстниками. С более молодым мужем риск преждевременной смерти женщины увеличивается еще значительно: при разнице в возрасте 7—9 и 11—13 лет — на 20 и 30% соответственно. Дрефаль предположил, что эта зависимость у женщин связана со стрессом. По его словам, наличие молодого супруга у женщины рассматривается обществом как нарушение сложившихся норм, что приводит к социальному отчуждению, стрессу и в результате — к снижению качества жизни.

Источник: [MIGnews.com](http://MIGnews.com)

## РЕЗОЛЮЦИЯ VIII ШКОЛЫ-СЕМИНАРА ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА РАМН «КУДА НАС ЗОВЕТ МОДЕРНИЗАЦИЯ?»

30 апреля — 3 мая 2010 года

Анталья, Турция

В работе VIII школы-семинара принял участие 51 человек из 8 городов России (Краснодар, Москва, Омск, Пермь, Санкт-Петербург, Томск, Челябинск, Хабаровск), а также участники Восточно-Европейского консорциума Международного общества фармакоэкономических исследований (ISPOR) из Венгрии, Казахстана, Сербии и Турции. Повестка заседаний включала в себя следующие основные вопросы: закон «Об обращении лекарственных средств», доклад Форумного комитета РАМН «О лекарственном обеспечении населения Российской Федерации. 2009—2010», перспективы финансирования редко применяемых технологий в России, оценка медицинских технологий. Участники VIII школы-семинара подчеркнули и констатировали, что решение всех поставленных ниже задач может быть выполнено на основе консолидации сил и средств медицинской науки и практики здравоохранения, то есть объединенных комплексных усилий Российской академии медицинских наук, Минздравсоцразвития РФ и других ведомств.

Заслушав и обсудив 20 докладов и сообщений, участники заседания Форумного комитета РАМН пришли к следующему:

- В России последние полтора десятилетия постоянно проводится реформа здравоохранения. Однако эта реформа не имеет сформулированной цели, четко поставленных задач, она фрагментарна, все действия носят характер вертикальных программ (только последние годы: диспансеризация, «программа ДЛО/ОНЛС», «программа 7 нозологий», кабинеты здоровья, федеральные центры высокотехнологичной помощи, изменение ценообразования на лекарства и др.). Вся реформа сводится к внедрению способов решения отдельных задач, часто далеких от потребностей народа. Принятие решений закрыто от гражданского общества. В такой ситуации «реформирование» лишь отвлекает силы и средства, распыляет ограниченные ресурсы системы здравоохранения. В связи с этим первоочередной необходимостью является определение конкретных ключевых краткосрочных и долгосрочных целей, которые должны быть достигнуты в результате преобразований медицины. Необходимо срочное создание проекта, обсуждение со всеми заинтересованными сторонами и принятие Концепции развития здравоохранения. Принятие всех решений должно быть прозрачным, иметь научную основу, учитывать мнение всех заинтересованных сторон, быть направленным в первую очередь на решения персонифицированных проблем больных.

- Успех в развитии тематики редких заболеваний и редко применяемых медицинских технологий, связанный с появлением так называемой «программы 7 нозологий» (не являющейся программой по редким болезням ни по сути, ни по содержанию), должен быть закреплен принятием федеральной целевой программы (проект представлен в Правительство РФ в 2009 г.) или федерального закона по редким заболеваниям. Проблема редких заболеваний — это и развитие молекулярно-генетической диагностики, создание чипов и препаратов таргетной терапии, разработка новых и изменение существующих классификаций болезней. Новелла редких заболеваний не появилась в тексте закона «Об обращении лекарственных средств», хотя редкие заболевания требуют особых организационно-технических подходов к диагностике, лечению, лекарственному обеспечению, реабилитации. Форумному комитету РАМН необходимо в крат-

чайшие сроки подготовить проект Концепции закона для дальнейшего обсуждения со всеми заинтересованными сторонами, а совместно с Общероссийским союзом пациентских организаций подготовить план мероприятий по продвижению тематики редких заболеваний;

- Принятый закон «Об обращении лекарственных средств» невозможно исполнять из-за содержащихся в нем противоречий, фрагментарности заложенных в нем положений. Закон должен быть дополнен целым рядом положений, касающихся редко применяемых лекарств, гармонизированных с международными положениями о клинических исследованиях и регистрации лекарств, управления конфликтом интересов, обращения биотехнологических препаратов. Членом Форумного комитета следует в короткие сроки подготовить и публично обсудить необходимые изменения закона.

- Важнейшей нерешенной проблемой остается взаимозаменяемость дженериков и биотехнологических аналогов. Шагом на пути регулирования обращения дженериков может стать разработка научно обоснованной методики сравнения препаратов и создание базы данных сравнительной эффективности дженериков, наподобие «Оранжевой книги» FDA в США. Форумному комитету РАМН следует разработать решение процедурных вопросов и подготовить проект технического задания для подобной базы данных, использующей как Интернет-ресурсы, так и ресурсы Справочника лекарственных средств Форумного комитета;

- Заболеваемость и смертность среди заключенных в 2—10 раз выше, чем среди гражданского населения, лекарственное обеспечение практически отсутствует, на находящиеся в заключении граждан, граждан, отбывающих наказание в домашних условиях, не распространяются даже те программы лекарственного обеспечения, которые имеются у остальных граждан России. В существующем виде медицинская служба в СИЗО и системе исполнения наказаний не отвечает поставленным задачам сохранения здоровья граждан страны, лишения свободы, является частью принудительного и карательного механизмов, средством вовлечения граждан в преступные сообщества. Необходимо срочное выведение «тюремной» медицинской службы из-под юрисдикции Федеральной службы исполнения наказаний.

- Развал системы здравоохранения страны приводит к неготовности реагировать на возникающие новые опасности, массовые катастрофы. В конце 2009 — начале 2010 годов система здравоохранения оказалась не готова к возникшей эпидемии тяжелой пневмонии, связанной с гриппом, вызванным вирусом H1N1. Не изучен ее патогенез, не сформулированы научно обоснованные подходы к терапии. Реальная заболеваемость гриппом, летальность от пневмонии не были обобщены и проанализированы. По имеющимся в средствах массовой информации данным, наибольшей летальностью была среди беременных и лиц молодого возраста. Форумный комитет РАМН в ноябре 2009 г. выпустил рекомендации по лечению пневмонии, осложнившей течение гриппа, которые были с успехом применены в нескольких регионах России и Казахстане. Форумный комитет РАМН считает необходимым подготовить доклад по эпидемиологическим пневмониям.

Стандартные  
Операционные  
Процедуры  
Больницы

П.А. Воробьев, Н.Г. Гончаров, С.В. Сусин,  
Т.Г. Зюкина, О.В. Оранская,  
Д.В. Лукьянцева, И.В. Тюрина

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОСТАЗА:  
ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП  
И ТРАКТОВКА

Издательство НЬЮДИМЕД  
Москва 2010

Стандартные  
Операционные  
Процедуры  
Больницы

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОСТАЗА:  
ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП И ТРАКТОВКА

Ньюдиамед, 2010 г. — 52 с.

ISBN 978-5-88107-077-9

В издании приведены стандарты по назначению исследований системы свертывания крови в многопрофильном стационаре в зависимости от предполагаемого заболевания. Основное внимание уделено наиболее распространенным программам диагностики нарушений системы гемостаза, их рациональному использованию, сокращению издержек. Отдельное место уделено преаналитическому этапу лабораторной диагностики, ошибкам, влияющим на конечный результат исследования. Издание предназначено врачам общих стационаров, в первую очередь — анестезиологам-реаниматологам, хирургам, акушерам-гинекологами, специалистам по интенсивной терапии.

По вопросам приобретения обращаться:  
Издательство «Ньюдиамед»

[www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

E-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru)

(499) 782-31-09



В Национальном фармацевтическом университете (НФаУ) на базе кафедры фармакоэкономики состоялась ставшая уже традиционной третья научно-практическая конференция с международным участием «Фармакоэкономика в Украине: состояние и перспективы развития». Фармакоэкономика является важной экономической составляющей доказательной медицины. За неполный год, прошедший после проведения второй конференции, в Украине произошел ряд важных событий, способствующих внедрению принципов доказательной медицины в практику здравоохранения: издан первый Национальный формуляр лекарственных средств, начата работа по созданию стандартов фармацевтической деятельности провизора в аптеке, утверждены 16 протоколов фармацевтической опеки пациента, активизирована работа по разработке и пересмотру стандартов медицинской помощи населению, разработан ряд приказов, регламентирующих проведение мониторинга лекарственной терапии в стационаре. Научные исследования в области фармакоэкономики наряду с учеными Национального фармацевтического университета и фармацевтического факультета Львовского национального медицинского университета стали проводиться специалистами профильных кафедр большинства медицинских вузов страны, а результаты этих исследований — внедряться в ежедневную реальную практику медучреждений. Обо всем этом и еще о многом другом, что имеет непосредственное отношение к развитию фармакоэкономики в Украине, говорилось в докладах и выступлениях участников конференции. Развитию за прошедший год процесса стандартизации в медицине и фармации, внедрению формулярной системы, принципов доказательной медицины, расширению фармакоэкономических исследований как экономической составляющей доказательной медицины в Украине было посвящено начало конференции.

## Фармакоэкономика в Украине: состояние и перспективы развития

О. Борисенко

В докладе заведующей кафедрой фармакоэкономики НФаУ, профессора **Ларисы Яковлевой** была освещена работа кафедры фармакоэкономики НФаУ по расширению фармакоэкономических исследований на Украине.

В докладе представителей межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (г. Москва, Россия) профессора **Павла Воробьева** и к.м.н. **Олега Борисенко** «Модель лекарственного обеспечения населения» основное внимание было уделено концепции жизненно необходимых лекарств (ЖНВЛС). По мнению авторов доклада, к этой категории лекарственных средств следует относить те, которые способны вылечить смертельно опасное заболевание, продлить жизнь при хроническом заболевании, устранить опасные симптомы заболевания, осуществить действенную профилактику опасных заболеваний, а также вспомогательные средства для применения жизненно необходимых технологий.

**Николай Матвеев**, доктор мед. наук, специалист по медицинской информации представительства фармкомпании «Никомед» в РФ, рассказал о возможностях использования для оценки клинической и экономической эффективности лекарственных средств данных электронных медицинских информационных систем (электронных историй болезни). При участии компании Никомед создана электронная история болезни для отделения диабетической стопы Российского федерального эндокринологического научного центра (ЭНЦ), при разработке которой было обращено особое внимание на вопросы фармакоэкономики. Изучение фармакоэпидемиологических данных о лечении 155 пациентов отделения диабетической стопы ЭНЦ с использованием электронных историй болезни позволило выявить значимые различия использования различных групп лекарственных средств в зависимости от формы заболевания.

В обстоятельном докладе заведующей кафедрой организации и экономики фармации НФаУ профессора **Аллы Немченко** были освещены проблемы и перспективы введения обязательного медицинского страхования в Украине. В докладе были рассмотрены различные модели социальной политики в сфере фармацевтического обеспечения населения, основные составляющие и социально-экономические стратегии функционирования системы реимбурсации. Определены группы населения и категории больных, нуждающиеся в льготном лекарственном обеспечении, в системе реимбурсации, четко обозначены возможные механизмы компенсации затрат при амбулаторном и стационарном лечении.

Начальник управления послерегистрационного надзора ГФЦ МЗ Украины канд. мед. наук **Елена Матвеева** посвятила свой доклад мониторингу безопасности и эффективности лекарственных средств как одному из методов сбора информации о побочных реакциях лекарственных средств. До последнего времени основным методом в Украине был сбор спонтанных сообщений, но с начала текущего года во всех регионах начато внедрение метода мониторинга.

Очень интересным был доклад председателя формулярного комитета **Анатолія Морозова**, заместителя руководителя секретариата Центрального формулярного комитета МОЗ Украины **Татьяны Луменко** и профессора **Аллы Степаненко**, посвященный результатам медико-социологического исследования удовлетворенности информационных запросов врачей Украины о лекарственных средствах. По результатам исследования установлено, что около 30% врачей в Украине по собственной инициативе мониторят медицинское применение различных групп лекарственных средств касательно его рациональности.

О современных тенденциях украинского фармрынка антибактериальных препаратов в условиях кризиса рассказал **Юрий Федорчук**, канд. фарм. наук, заместитель генерального директора по маркетингу Фармацевтической компании «Дарница». В продолжение выступления Ю. Федорчук рассказал о тенденциях украинского рынка антибактериальных препаратов, в том числе и о наметившейся тенденции к импортзамещению как в сегменте антибактериальных средств, так и по всему фармацевтическому рынку лекарственных средств.

**Елена Лишишина**, директор департамента стандартизации медицинских услуг ГФЦ МЗ Украины, сделала аналитический обзор рекомендаций по антибиотикотерапии в нормативно-правовых документах по стандартизации медицинской помощи. За период 1992—2010 гг. на Украине разработана достаточная база нормативных документов, регламентирующих оказание медицинской помощи, в том числе 193 стандарта медицинской помощи, 2230 клинических протокола, 992 норматива оказания медпомощи, 18 методических рекомендаций и 6 алгоритмов. В 123 Приказах МОЗ Украины, касающихся стандартизации медицинской помощи, присутствует фармакотерапия, из них в 80 Приказах нормируется антибиотикотерапия.

рассказала, что при лечении внебольничной пневмонии (ВП) в амбулаторных условиях и в условиях крупных стационаров г. Красноярск, 32,6% денежных средств пациентов в амбулаторных условиях и 8,7% затрат на ЛС в стационаре расходуются на второстепенные лекарства. Внедрение полученных результатов исследования в клиническую практику позволило при сохранении высокого уровня клинической эффективности избежать полипрагмазии и оптимизировать структуру затрат на ЛС и высвободить средства для дополнительного лечения примерно 50 пациентов на каждые 100 больных ВП в амбулаторных условиях.

Детальный анализ возможных стратегий снижения затрат на антибактериальную терапию внебольничной пневмонии (ВП), основанный на глубоком изучении международного и собственного опыта, был представлен специалистами пульмонологического отделения главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко (г. Москва) **Андреем Зайцевым** и **Диной Антипушиной**. Проведенное ими изучение основных компонентов стоимости антибактериальной терапии ВП показало, что перспективным направлением снижения экономического бремени затрат на лечение данной категории пациентов является поиск способов эффективной антибиотикотерапии ВП, позволяющих сократить сроки пребывания пациента в стационаре и отличающихся экономической рентабельностью.

Анализ опыта антибиотикотерапии внебольничных и нозокомиальных пневмоний с учетом региональных особенностей спектра возбудителей и их чувствительности был представлен также доцентом кафедры внутренней медицины, клинической фармакологии и профессиональных болезней Буковинского государственного медицинского университета (г. Черновцы) **Елизаветой Ткач**.

Менеджер по продуктам компании «Ananta Medicare» **Наталья Беркало** подчеркнула актуальность проведения фармакоэкономических исследований для производителей и дистрибьюторов лекарственных препаратов и подробно остановилась на сравнительном фармакоэкономическом анализе применения у пациентов с инфекцией нижних дыхательных путей амоксициллина клавулатата и кларитромицина.

**Наталья Бездетко**, профессор кафедры фармакоэкономики НФаУ, представила присутствующим результаты ретроспективного АВС/частотного анализа ассортимента и объема продаж АБП в двух аптечных учреждениях г. Харькова. Было показано, что ведущее место в структуре доходов аптек от продажи АБП занимали современные препараты сумамед, биопарокс, амоксиклав, хотя частота продаж перечисленных ЛП находилась в диапазоне от 0,5 до 1,5% от общего объема проданных упаковок АБП. В то же время, «старые» АБП с низкой доказательной базой (таблетированные лекарственные формы стрептоцида, фталазола и левомицетина) были безусловными лидерами по частоте продаж (12,6—7,8% от числа всех проданных упаковок АБП).

Магистр **Наталья Матяшова** представила данные о потреблении антибактериальных препаратов группы фторхинолонов, представленных на фармацевтическом рынке Украины. В результате анализа установлена динамика потребления фторхинолонов в Украине за последние несколько лет и определены препараты-лидеры по объемам продаж.

Студентка-дипломница 5 курса специальности «Клиническая фармация» **Ирина Ковальская** доложила о результатах ретроспективного анализа частоты назначения антибактериальных препаратов и структуры затрат на антибактериальную терапию в одном из крупных хирургических стационаров г. Харькова. На основании проведенного анализа были предложены конкретные пути для оптимизации расходования финансовых ресурсов в данном стационаре.

Все участники конференции получили не только новый импульс для дальнейшей работы, но и обширную, разностороннюю информацию, обобщающую опыт, накопленный при проведении фармакоэкономического анализа в конкретных медицинских учреждениях и внедрении его результатов в реальную клиническую практику. Освоение опыта, накопленного коллегами как на Украине, так и в России, безусловно, будет способствовать дальнейшему развитию фармакоэкономических исследований в нашей стране.

Проведение следующей конференции запланировано на февраль 2011 г. Ее основная тематика будет посвящена фармакоэкономическим исследованиям терапии сердечно-сосудистых заболеваний.



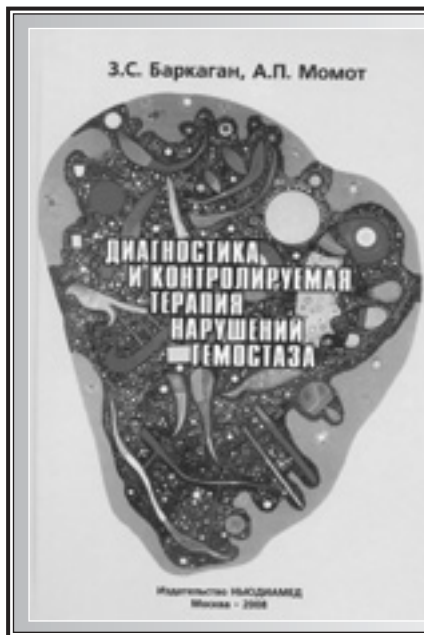
Рационализации антибиотикотерапии (АБТ) на основе принципов доказательной медицины в различных сферах клинической медицины были посвящены доклады представителей разных регионов. Так, заведующий кафедрой клинической фармации, фармакотерапии и медицинской стандартизации ЛНМУ профессор **Андрей Зименковский** сообщил о результатах анализа доказательной базы антибиотикотерапии в гинекологии, проведенного с использованием высококачественных мировых баз данных. Анализ результатов, полученных в проведенном исследовании, показал возможность уменьшения количества врачебных ошибок при АБТ в гинекологической практике, в частности, путем влияния на решения врача-клинициста доказательной информации о противомикробных ЛС.

Ретроспективный анализ частоты назначения антибактериальных препаратов и структуры затрат на фармакотерапию у пациентов с хроническими гепатитами различной этиологии был представлен ассистентом кафедры фармации **Ивано-Франковского медицинского университета Ириной Федяк**.

Основополагающие принципы выбора оптимальных схем эмпирической антимикробной терапии на основании эпидемиологического мониторинга уровня антибиотикорезистентности микроорганизмов, циркулирующих в хирургическом стационаре, и современных подходов к антибактериальной терапии сепсиса изложил директор Украинского центра интенсивной терапии сепсиса (г. Киев) заслуженный врач Украины **Леонид Харченко**.

Современные технологии рационального использования антибиотиков при лечении тонзиллофарингитов представил заведующий кафедрой терапии Харьковской медицинской академии последипломного образования профессор **Игорь Березняков**. Особый акцент в своем докладе он сделал на факторах, повышающих приверженность пациента к терапии, а следовательно, способствующих повышению ее эффективности и снижению стоимости курса лечения.

Результаты практического применения фармакоэкономических подходов к оптимизации антибактериальной терапии у пациентов пульмонологического профиля были представлены в нескольких докладах. Заведующая отделением клинической фармакологии, стандартизации и контроля качества медицинской помощи Красноярской краевой клинической больницы, доцент Красноярского государственного медицинского университета **Елена Бочанова**



**З.С. Баркаган, А.П. Момот**

**ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА**  
Издание 3-е  
Издательство «НьюДиамед»  
2008 г.

В справочном пособии в сжатой и доступной форме представлены данные об основных компонентах и механизмах функционирования системы гемостаза в норме и при наиболее часто встречающихся в практике врача патологических нарушениях в разных звеньях этой системы — при различных видах кровоточивости, ДВС-синдроме, тромбозах и тромбозах в различных состояниях. Подробно описываются методы лабораторной диагностики и контроля над гемостатической и антитромботической терапией. При этом предпочтение отдается наиболее доступным и, вместе с тем, достаточно информативным методам исследования.

Книга рассчитана на клиницистов, практикующих врачей разных специальностей и врачей-лаборантов, поскольку геморрагии, тромбозы и ДВС-синдромы занимают одно из доминирующих мест в патологии человека.

Заявки на приобретение можно направлять по адресу:  
115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, а/я 2, ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»  
Тел/факс (499) 782-31-09  
E-mail: mtpndm@dol.ru

Подробности на сайтах [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) и [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)



**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ  
МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО  
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ  
от 22.04.2009,  
посвященное памяти З.С. Баркагана**

**Председатель:** А.Л. Сыркин

**Секретарь:** О.В. Борисенко

**Повестка дня:** В.Б. Яковлев, М.В. Яковлева  
(главный военный клинический госпиталь  
им. академика Н.Н.Бурденко, ГИ УВ МО РФ)

**Современные подходы к профилактике  
тромбоэмболии легочной артерии**

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — это частое и хорошо знакомое многим специалистам заболевание, которое приводит к тяжелым исходам у пациентов. В настоящее время по этой проблематике идет большая дискуссия, пересматриваются классификации, рекомендации по профилактике и лечению ТЭЛА. ТЭЛА входит в группу венозных тромбоэмболических осложнений. Патогенез есть единство 2 болезней: венозного тромбоза и нарушения легочного кровообращения. В Европе ежегодно регистрируются 680 тыс. тромбозов глубоких вен и 430 тыс. ТЭЛА, более 540 тыс. погибают вследствие венозных тромбоэмболий. В России в 1999 г. было зарегистрировано 140 тыс. случаев тромбозов глубоких вен и 100 тыс. ТЭЛА. Это третье по частоте сердечно-сосудистое заболевание.

До 80% смертельных легочных эмболий происходит в окружении терапевтов. С 50-го года в нашем госпитале частота ТЭЛА по данным патолого-анатомических вскрытий составила 5,4% в последние 7 лет, несмотря на уменьшение числа вскрытий. Частота не бывает менее 5% среди всех умерших. Летальность от ТЭЛА среди леченных больных — 9–2,3%, у нелеченных — 35–30% (2002 г.). Сегодня лечение — аксиома, без антикоагулянтов нельзя. Это первое и последнее доказательство. Диагностика по данным аутопсии за последние 7 лет: правильные диагнозы — 49%, ТЭЛА не диагностирована — 32%, вероятна — 18%. Принципиальных различий в точности диагностики с предыдущим периодом не наблюдается.

Все эмболии разделяются на 2 группы: массивные (шок, артериальная гипотония, острая правожелудочковая недостаточность), субмассивная (стабильная гемодинамика) и немассивная (по данным оценки дисфункции правого желудочка). Изолированное поражение мелких вен легочных артерий — около 7%, это казуистика. Основные маркеры риска: клинические (шок, гипотензия), дисфункции правого отдела сердца (дилатация, гипоксия, дилатация правых отделов при спиральной кардиографии, при повышении натрийуретического пептида, повышение давления в ПЖ и др.), маркеры поражения миокарда (повышение уровня сердечных тропонинов). Как же быть с использованием маркеров у больных с инфарктов миокарда? Все рекомендации строятся на «чистой» болезни, но реальная практика дает нам другие примеры.

Выделяют 3 степени риска: высокий (летальность более 15%, клинические критерии при возможных других группах маркеров), средний (летальность 3–15% — отсутствие клинических признаков, при наличии одного или 2 других признаков), низкий (менее 1% — нет ни одного критерия). Задачи при диагностике ТЭЛА: оценка клинической вероятности ТЭЛА, подтверждение наличия ТЭЛА, установление локализации тромбозов, оценка риска ранней (30 дней) смерти, выявление источников тромбов (среди расстройств на долю первичного тромбоза приходится не более 5%, 95% расстройств — эмболии), оценка вероятности рецидива ТЭЛА. Оценка клинической вероятности проводится следующим образом: при определенной клинике возникает подозрение на ТЭЛА (всегда должно возникать при немотивированной одышке, тахипноэ, плевральной боли, шуме трения плевры, необоснованной тахикардии, признаках тромбоза глубоких вен, немотивированном развитии коллапса). Нужно ответить на вопросы: есть ли факторы риска ТЭЛА? Вероятен ли альтернативный диагноз? Если отвечаем на вопросы, что факторов риска нет, есть вероятность других факторов, то риск низкий, проводим исследования. Если один ответ положительный, то риск умеренный, если оба — то вероятность высокая. Частота выявления клинических симптомов ТЭЛА: инфаркт легкого (52,8%), внезапная одышка (43%), циркуляторный коллапс (около 8%). Каковы факторы риска венозной тромбоэмболии? Есть 3 фактора: венозный стаз, повреждение стенки вен (дисфункция эндотелия), склонность крови к повышенному свертыванию (тромбофилия). Имобилизация на протяжении более 3 суток, травма, злокачественная опухоль, перенесенный тромбоз, хроническая сердечная недостаточность, возраст старше 60 лет, варикозная болезнь вен, дефицит антитромбина III и др. Когда тромбоз возникает у молодых, без факторов риска, в семье, есть уникальная локализация, инфаркт возникает у молодого человека без признаков атеросклероза — тогда мы начинаем искать генетические расстройства крови. По-

вышение риска возможно в 2–20 раз при тромбофилиях. Альтернативный диагноз: все, что сопровождается болью, одышкой, потерей сознания. К ним относят: инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию, пневмонию, сердечную недостаточность и др. Какой первичный диагноз ставят у больных с ТЭЛА? Данные следующие: ТЭЛА — 55%, острая пневмония — 20%, плеврит — 2%, инфаркт миокарда — 11%, нестабильная стенокардия — 12%. Существует шкала Wells для оценки клинической вероятности ТЭЛА, другая шкала — Женевская шкала. Я плохо представляю себе врача, который бы занимался подсчетом баллов для постановки диагноза.

Для подтверждения диагноза мы используем ряд тестов: исследование Д-димера (проводится только после оценки клинической вероятности ТЭЛА, при низкой и средней вероятности, отрицательный результат позволяет отвергнуть диагноз ТЭЛА). Если есть высокая вероятность ТЭЛА, то диагноз не уточняется — нужно лечить больного. Тест-системы для оценки уровня Д-димера отличаются своей чувствительностью, на это нужно обращать внимание. Другой тест — ЭХО-КГ. Позволяет поставить диагноз в случаях массивной тромбоэмболии, увидеть у некоторых больных при трансторакальных исследованиях тромб в главной легочной артерии. Другой метод — перфузионная сцинтиграфия легких. Нормальные результаты перфузии отвергают диагноз ТЭЛА. А далее оценка сцинтиграмм должна проводиться вместе с оценкой клинического состояния. При эмболии появляются дефекты перфузии на сцинтиграмме. Они имеют тогда диагностическое значение, когда их много и они имеют сегментарную форму, долевого характера или когда легкое вообще не накапливает препарат. Многие клиницисты используют мультиспиральную КТ с возможностью выполнения ангиографии. Получают изображение легких — это позволяет топически выявить эмбол. Наряду с этим выявляется патология средостения, легких, альтернативные диагнозы. Единственная слабость метода — не дает достаточно специфическую картину поражения мелких ветвей (которые поражаются в 5–7% случаев). Золотой стандарт — контрастная ангиопульмонография. Делаем ее в следующих ситуациях: когда все не дало полной информации, когда больного из-за тяжести состояния будем оперировать — нужна точная характеристика тяжести легочного поражения. Считается, что при острой эмболии желательны визуализирующие методы выполнить в максимально короткое время (для массивной ТЭЛА — в 1 час, для немассивной ТЭЛА — в течение первых 24 часов). Источники тромбов? Только у 30% больных очевидны источники тромбозов. Поэтому используются УЗИ-сканирование вен нижних конечностей, таза и других регионов.

В половине случаев ТЭЛА ей предшествуют эпизоды эмболии, не диагностированные при жизни. Значительная часть больных, переживших острый период ТЭЛА, умирает в более поздние сроки от рецидива заболевания. У 1% развивается постэмболическое «легочное сердце». Факторы риска рецидива: невозможность проведения антикоагулянтной терапии, наличие флотирующего тромба и др. Диагноз ТЭЛА формируется только при участии сообщества специалистов: кардиолога, терапевта, хирурга, лучевой и функциональной диагностики. Все исследования проводятся в режиме «зеленого коридора». Эти манипуляции нужно делать в отделениях интенсивной терапии или специализированных кардиологических отделениях. Задачи при лечении ТЭЛА следующие: устранение угрозы смерти, нормализация перфузии легких, предотвращение хронической легочной гипертензии, профилактика риска повторных эмболий. Как сегодня нужно лечить: госпитализация в специализированные отделения, оксигенотерапия, немедленное болюсное введение стандартного нефракционированного гепарина (можно разные антикоагулянты, но предпочтительнее гепарин), немедленное устранение артериальной гипотензии, катетерная тромбэктомия, хирургическая эмболэктомия, имплантация кава-фильтра.

Тромболитическая терапия показана у пациентов с нестабильной гемодинамикой (высоким риском смерти). Клиника Савельева пропагандирует 3-дневное введение тромболитиков. Можно применять любой тромболитик: стрептокиназу, урокиназу, тканевой активатор плазминогена. Появилась тенектеплаза. Тромболитизис показан при массивной тромбоэмболии или дис-

функции правых отделов сердца. Лечение у больных невысокого риска следующее: применение антикоагулянтов (любых, до получения результатов диагностических тестов) — не менее 5 суток, затем переход на варфарин около 3 месяцев или более при наличии показаний (тромбофилии, опухоли). Показания для имплантации кава-фильтра следующие: абсолютные противопоказания к антикоагулянтной терапии или высокий риск рецидива ТЭЛА. Рутинная имплантация кава-фильтров не рекомендуются. Но в жизни все сложнее: рутинно не нужно, но есть много ситуаций, когда показания для их применения есть. Почему мы редко ставим: есть опасность синдрома «нижней полой вены».

Демонстрация больного: 64 года, ТЭЛА высокого риска. Поступил в марте 2009, жалобы на одышку и общую слабость. В прошлом — грыжесечение, осложнившееся тромбозом глубоких вен. Внезапно возник приступ острой боли за грудиной, принял корвалол — нормализовалось. На следующий день в момент дефекации больному стало плохо — появилась одышка, хриплое дыхание, синюшность. В клинике поставлен диагноз транзиторной ишемической атаки. Но пока его довели из приемного отделения в реанимацию, наступила клиническая смерть — был определен узловой ритм с переходом в тахикардию. Синдром Марджина-Уайта, характерный для ТЭЛА. При ЭХО-КГ получены данные о ТЭЛА. Диагноз начинает рождаться после этой процедуры. Мы исключали тромбоэмболию по другому кругу. Обнаружили свежий тромбоз, светлый, не гомогенный. Есть источник — теперь все стало на свои места. Резко обеднен легочный рисунок.



Лечение: актилизе, гепарин. Контрольная ангиопульмонография показала полное очищение легочной артерии от тромба. Это был полный успех. Тромболитизис можно проводить на протяжении 2 недель от момента развития ТЭЛА, но при затягивании лечения прогноз значительно изменяется. Похожий случай: повторили ангиограмму — был полный лизис тромба, такое нечасто случается. Улучшилась картина в венах. Хочу выразить благодарность соавторам, которых я не могу всех перечислить.

**Вопросы к докладчику:**

**Вопрос:** С чем связан высокий процент ТЭЛА на вскрытиях?

**Ответ:** В своей диссертации, посвященной ТЭЛА, паритетно была отмечена гипер- и гиподиагностика. Гипердиагностика свидетельствует о высокой настороженности врача. Иногда это перестраховка.

**Вопрос:** На чем основаны данные о тромбозе мелких ветвей?

**Ответ:** Это собственный материал, исследование протоколов аутопсий. Суть: клинически тромбоэмболия мелких ветвей в абсолютном большинстве случаев себя не проявляет. Если вы сделаете ангиопульмонографию, то обнаружите вдобавок неокклюзивные поражения долевых, сегментарных вен. Второе — литературные данные (есть термин «клинически значимая тромбоэмболия» — начинает себя проявлять при сегментарных поражениях). Когда обсуждается ценность мультиспиральной компьютерной томографии, отмечается, что значимость поражения мелких ветвей незначительна. У нас была больная после экстирпации матки, у которой внезапно появилась одышка. Выполнили сцинтиграфию — нашли множественные поражения, сделали ангиографию — чистые легочные артерии. Через 2 дня в кожном отделении — рецидив. Спонтанный лизис тромбов бывает, особенно у молодых, со свежим тромбом.

**Вопрос:** Как много тромбоэмболий в хирургической клинике — при операциях на малом тазу, гинекологических операциях?

**Ответ:** Речь идет о ногах — о системе нижней полой вены. Наиболее опасны тромбы, располагающиеся



Начало на стр. 6

выше подколенной вены, все это угрожает тромбоэмболией. Наиболее опасны эмболы из вен крупного калибра, потому что они больше. Конечно, они бывают в правом сердце и верхней полой вене, но частота значительно ниже, чем из системы нижней полой вены.

**Вопрос:** К «золотому стандарту» прибегают при проблемах с предыдущими методами, в чем отличие ангиопульмонографии от мультиспиральной томографии?

**Ответ:** При последней не визуализируются субсегментарные легочные артерии. Предпочтительна контрастная ангиопульмонография. Но оперируют редко. На Западе мультиспиральную компьютерную томографию могут делать в больницах на 100 коек, у нас это вопрос будущего.

**Вопрос:** Вы сочетаете антикоагулянтную и антиагрегантную терапию?

**Ответ:** Антиагрегантная терапия признана неэффективной. Она имеет в 2 раза меньший эффект по сравнению с антикоагулянтами.

**Вопрос:** ТЭЛА и явно повышенный тропонин, что это?  
**Ответ:** Предполагается, что при перегрузке правых отделов сердца в нем возможно повреждение миокарда. Пока не установлены должностные нормы тропонинов при тромбоэмболии.

**Выступление П.А. Воробьева:** Когда мы допустили тромбоэмболию, то «поезд уже ушел». Важная задача — профилактика этих осложнений. Наша команда занимается вопросами стандартизации, это способ доведения до больных и врачей информации о лечении тех или иных заболеваний. Протоколы ведения больных — один из основных документов системы стандартизации. Тема этого протокола родилась в конце 90-х, при обсуждении проблем применения гепаринов и тромболитиков З.С. Баркаганом, участники — В.С. Савельева, также участники — Гематологический научный центр, центр хирургии им. А.В. Вишневского. Кроме врачей, были привлечены фирмы-производители низкомолекулярных гепаринов, которые являлись источниками доступа к информации о препаратах. Развился явный конфликт интересов, из-за расхождений в позициях было создано совещание без участия З.С. Баркагана. Родился документ — российский консенсус, я его не видел, но в авторах оказался. Нет доказательств, что низкие дозы низкомолекулярных гепаринов эффективны. Зиновий Соломонович утверждал, что нужные достаточные дозы, но тогда это становится дорогим. Для этих препаратов (малые дозы) была выбрана ниша — средний риск ТЭЛА. Мы договаривались несколько лет, изучили горы литературы, но нам не сумели доказать, что низкие дозы эффективны. В первой редакции средняя степень риска отсутствует (только высокая и низкая — без применения гепаринов). В чем проблема оценки эффективности низкомолекулярных гепаринов? Профилактические дозы не влияют на АЧТВ. Показатели тромбинемии могут исчезнуть спустя не менее чем неделю. Тромбоэластограмма — метод невоспроизводим. Получены новые доказательства: низкие дозы и профилактические дозы (нормальные) не влияют на анти-Ха активность, никто не проводил корреляции между тестами и клиническими эффектами. Выяснилось, что действенность профилактики никем научно не оценивалась, все рекомендации носили умозрительный характер. В протоколе нашло отражение учение З.С. Баркагана о тромбофилиях.

Когда мы говорим о факторах риска, мы часто забываем о клинике, этиологии, патогенезе, нельзя основываться только на статистических выкладках. Факторы риска тромбоэмболий различны. Хочу отметить, что в докладе у предыдущего выступающего не было фамилии Баркаган — автора этой концепции. Не было сказано, что есть тромбофилии — это состояние повышенного риска тромбообразования из-за наличия существенных выявляемых изменений (антипод коагулопатиям). Классификация тромбофилий, предложенная З.С. Баркаганом в 1996 году: геморегуляторные формы; формы, обусловленные нарушением сосудисто-тромбоцитарного гемостаза; связанные с дефицитом или аномалиями первичных физиологических антикоагулянтов и др. Мы все время твердим, — сегодня есть новый вызов человечеству — 90% с ТЭЛА имеют тот или иной наследственный дефект в системах свертывания или антикоагуляции. Носительство фактора V Лейдена усиливает риск тромбозов в несколько раз. Частота тромбофилий огромна. И когда мы рассуждаем о гемостазе, но не учитываем тромбофилии, это неправильно. Нужно заняться созданием паспорта наследственных тромбофилий. Генетические факторы составляют до 60% всех факторов риска тромбозов глубоких вен. Важны этнические вопросы, появилась наука фармакогенетика. Важны внешние факторы: длительность операции, травматичность операции, длительность иммобилизации. Риск тромбоза при различных заболеваниях разный: наиболее страшен ишемический инсульт — повышение риска в 18 раз. Риск развития тромбоэмболии при различных типах операций различен: наиболее опасны протезирование тазобедренного сустава, ампутация бедра, злокачественные опухоли брюшной полости. Самые опасные операции — не длительные, а сопровождающиеся выбросом тканевого тромбопластина. Где садятся тромбы? В нижних конечностях. Выброс тканевого тромбопластина ведет к внутрисосудистой коагуляции — ДВС-синдрому. Тромбоэмболические осложнения — это только верхушка айсберга. Речь должна идти о большом числе нарушений микроциркуляции — нарушении микроциркуляции в органах-мишенях, преходящей парциальной почечной недостаточности и др. После абдоминальных операций было показано повышение азотистых шлаков. Это привело к появлению нового заболева-

ния — преходящая парциальная почечная недостаточность. Если не ликвидировать фактор, приводящий к преходящей парциальной почечной недостаточности, то будет почечная недостаточность, если ликвидировать — ситуация разрешится. Другой пример — через 12 месяцев в посттравматическом периоде идет внутрисосудистое свертывание крови, мы не видим это клинически, это лабораторные показатели, но мы этого не замечаем. Поэтому не решен вопрос длительности профилактики тромбоэмболии. Рекомендуем переходить к использованию варфарина с контролем МНО.

В 2008 г. утвержден ГОСТ Р «Профилактика тромбоэмболии легочной артерии». Список авторов достаточно большой. Есть рецензенты — в том числе через сеть Интернет. Мы сгруппировали факторы риска: связанные с возрастом, операцией, состоянием больного. Возможны 3 степени риска у прооперированных больных. Нет доказательств связи между конкретными технологиями профилактики и степенью риска тромбоэмболии. Высокий риск — лица старше 75 лет и др. Принципы профилактики: профилактика должна быть индивидуализирована, следует проводить у всех больных, относящихся к группам риска, проводить до тех пор, пока существует риск ТЭЛА. Мероприятия: активизация больных (вертикализация, пассивная нагрузка), эластическая компрессия нижних конечностей, массаж, активные и пассивные нагрузки на верхние (особенно важный вопрос) и нижние конечности, введение антикоагулянтов (нефракционированный гепарин, низкомолекулярный гепарин, непрямые антикоагулянты). Появилось разграничение профилактики при высокой и средней степени риска, появилась методика профилактики непрямыми антикоагулянтами. Создано несколько моделей профилактики. Модель 1 — хирургические и иные инвазивные вмешательства. Умеренный и высокий риск. Дозы препарата приведены для больных с высоким риском, в случае умеренного риска доза снижается в 2 раза. Модель 2 — низкий риск — иммобилизация, физкультура и др. Модель 3 — при нехирургической патологии — алгоритм профилактики прямыми антикоагулянтами. Хочу отметить, что за рубежом 100-коечные больницы работают как 100-коечные реанимации, где находятся больные с тяжелыми заболеваниями. Модель 4 — кровопускание при эритремии — здесь используется введение гепарина, возмещение объема кровопускания, у них очень высокий уровень тромбоцитов — нужно назначать антиагреганты. Антиагреганты должны назначаться постоянно. Сегодня появился препарат, снижающий концентрацию тромбоцитов, он может скоро появиться в России.

Алгоритм профилактики непрямыми антикоагулянтами — начинается на фоне введения гепаринов, одновременное применение препаратов — под контролем МНО и АЧТВ в течение 4–5 дней до отмены гепарина. Появились приборы для домашнего использования для контроля МНО под наблюдением врача. Также нужно определять фармакогенетику при назначении варфарина. При необходимости операции непрямыми антикоагулянтами отменяются за 4 дня до вмешательства.

У нас продолжается использоваться протромбиновый индекс — он запрещен. Нужно делать МНО, есть тест-система, приводящая протромбиновое время к стандартизованному показателю. Темы будущих исследований: оценка эффективности разных доз гепаринов, оценка результативности профилактики с позиций микроциркуляторных нарушений в органах-мишенях, частота инфекций при гепаринопрофилактике ТЭЛА или без нее, оценка методологии пролонгированной профилактики. **Мы проводим это заседание в память З.С. Баркагана**, он сделал очень много для создания этого протокола, и вообще для развития гематологии.

**Вопросы к выступающему:**  
**Вопрос:** У Вас есть снижение ТЭЛА в начале 2000-х, это внедрение профилактики?

**Ответ:** Да, отчасти.  
**Вопрос:** Повышают ли лапароскопические операции риск тромбоэмболии?

**Ответ:** Повышают, но меньше, чем традиционные. Чем короче и менее травматична операция, тем меньше риск тромбоэмболии. Риск есть при любой операции, но при малой — невелик.

**Вопрос:** На фоне гепаринотерапии при каком АЧТВ есть реальный риск кровотечения?

**Ответ:** При профилактическом применении АЧТВ меняться не должно, при лечебном — изменяется.

**Выступление:** Мы прослушали 2 информативных, доказательных сообщения, сделанных в разных плоскостях. Хотелось бы высказаться по вопросам профилактики. Есть вопросы: сколько давать, кому давать, как давать? Мы оценивали показатели свертывания у больных с ИБС, хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой, пиелонефритами и другими болезнями. Мы обнаружили, что усиление тромбообразования и падение тромболитической активности наступает вечером и ночью, появилась идея о точном обозначении времени приема дезагрегантов. При сравнении с приемом в дневные дозы были отмечены различия в эффективности. Важно также и когда лечить.

**Выступление П.А. Воробьева:** Мы говорим, если мы профилактируем гепарином, то переходим на варфарин. Антиагреганты — это из другой пархии, за исключением тромбоцитоза.

**Заключение председателя:** Легкие случаи тромбоэмболии можно перенести благополучно при непонимании врачом, но это плохо если мы пропускаем легкие эпизоды, на нас сваливаются тяжелые атаки. По поводу диагностики: конечно, ангиопульмонография — это блеск, но спиральная мультиграфия настолько проще, что она должна занять свое место в диагностике. На мой взгляд, мы сегодня с большой пользой провели время.

## ИнтерНьюс

### Нет генетическому самотестированию

Американская компания Pathway Genomics анонсировала первые наборы генетических анализов, предназначенные для широкой продажи. Ряд ученых выразили сомнения в целесообразности подобной диагностики. Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) намерено не пускать новый продукт на рынок до получения экспертного заключения по его использованию. Наборы для генетической диагностики представляют собой специальные пластиковые сосуды для сбора и упаковки образцов слюны, необходимых для анализа ДНК. Эти образцы предназначены для отправки в лабораторию Pathway Genomics, где проводится исследование и дается заключение. Цена самого набора составляет от 20 до 30 долларов, стоимость диагностики зависит от набора конкретных анализов. За 79 долларов компания предлагает определить вероятную реакцию организма на 10 распространенных химических веществ, включая кофеин, статины, варфарин, тамоксифен и другие. За 179 долларов супруги смогут узнать о риске развития у будущих детей 23 заболеваний (диабета, поликистоза почек и т. д.). Столько же стоит определение собственной предрасположенности к 23 болезням, в том числе инфаркту, гипертонии, рассеянному склерозу и некоторым злокачественным опухолям. Стоимость всех трех анализов составляет 249 долларов. Диагностические наборы планируется продавать в 6 тысячах филиалов аптечной сети Walgreens, расположенных по всей стране. Эксперты из ведущих медицинских НИИ США выразили сомнения в целесообразности продажи подобных тестов. По их мнению, при современном развитии генетической диагностики результаты анализов будут иметь недостаточную точность для выдачи однозначного заключения. Причем эти результаты могут быть неправильно интерпретированы покупателем, что приведет к недооценке или, наоборот, переоценке своего риска. Опасения вызывает также опасность разглашения личных данных, дискриминации по генетическим признакам и т. п.

**Источник:** The Washington Post

### Монотонная работа повышает риск преждевременных родов

Ученые из Нидерландов выяснили, что скучные домашние дела во время беременности повышают риск преждевременных родов. Отчет об исследовании группы специалистов под руководством Хайо Вильдшута из Университета Эразма в Роттердаме. Исследователи опросили почти 12 тысяч недавно родивших женщин, чтобы выяснить уровень их физической активности во время беременности. Кроме того, участники исследования просили указать их место работы, вес ребенка при рождении, а также срок его появления на свет. Оценив полученные данные, ученые пришли к выводу, что у женщин, вынужденных заниматься скучной и однообразной деятельностью, такой как ежедневные домашние дела, риск преждевременных родов увеличился на 25% по сравнению с более активными участницами исследования. Исследователи также выяснили, что у женщин, работавших во время беременности в ночную смену, родились дети с большей массой тела. Кроме того, по данным исследования, сидячий образ жизни беременной повышает риск рождения ребенка с недостаточной массой тела. По предположениям ученых, риск преждевременных родов увеличивается повышением уровня гормонов стресса, вызванное однообразной и скучной деятельностью во время беременности.

**Источник:** Perinatal Epidemiology

### Пять минут смеха заменяют... умеренную физическую нагрузку

Повышение уровня «хорошего» холестерина, нормальное кровяное давление, пониженное содержание гормонов стресса в крови, здоровая иммунная система и отличный аппетит — оказывается, нет необходимости для достижения всего этого проводить время в спортзале. Можно просто регулярно и от души смеяться, уверяют американские ученые. В проведенном ими эксперименте четырнадцать добровольцам демонстрировали видеозаписи двух типов: тяжелые, тревожные и нагнетающие атмосферу — и смешные, легкие и веселые. До и после просмотра у испытуемых измеряли уровень гормонов в крови. Особый интерес ученые проявили к гормонам, отвечающим за аппетит: к грелину, который вызывает чувство голода, и к лептину, который дает чувство насыщения. В качестве «тяжелого» видео участники эксперимента смотрели первые 20 минут фильма «Спасти рядового Райана». На уровнях грелина и лептина переживания актеров и зрителей особо не отразились. Однако после просмотра комедий уровни гормонов изменились так, словно испытуемые перед этим получили определенную физическую нагрузку. При этом уровень грелина вырос, а лептина — значительно понизился. Ученые делают вывод, что смех для организма является неплохим физическим упражнением. Возможно, полученные данные позволят врачам находить более эффективные подходы к пациентам, страдающим отсутствием аппетита, но слишком слабым, чтобы выполнять реальные физические упражнения, надеются исследователи.

**Источник:** LiveScience



## ПИСЬМА

Профессору П.А. Воробьеву

**Здравствуй, глубокоуважаемый Павел Андреевич!**

Позвольте выразить Вам свою благодарность за Вашу научную позицию и личную принципиальность. В настоящее время наука переживает сложные времена и ее захлестнула волна корысти, причем не только у нас, в России, где ученые получают нищенскую зарплату, но и в развитых странах с высоким уровнем жизни.

Тот спектакль (или как сейчас модно говорить «развод на деньги»), который перед нами разыграли фарм-компании в дуэте с ВОЗ по поводу свиного гриппа, превратился из драмы в комедию, но достиг своей цели.

Альтернативный взгляд на ВИЧ мне кажется более логичным, нежели общепринятый.

Неприятно смотреть на медиков: ученых, которые за деньги обоснуют пользу всего, что угодно и врачей, которые говорят, что если больной не продает свою квартиру, то он плохо лечится...

Еще раз позвольте Вас поблагодарить за Ваше принципиальное мнение, которое Вы успешно и достойно высказываете в телепередачах и выразить надежду, что подобное «королевство кривых зеркал», которое образовалось в медицинской (да и не только в медицинской) науке все же не может быть вечным.

С искренним уважением и признательностью  
Сергей Алексеевич Колесов,  
кандидат биологических наук, г. Нижний Новгород

**Внимание!**

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга:

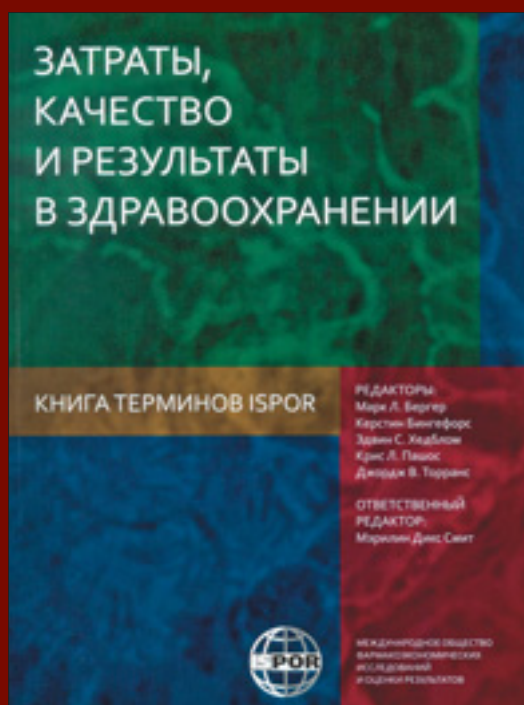
**И.П. Купервас**  
**«ТУННЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ»**



Книга выходит в 3-й раз, предыдущее издание осуществлено в 1993 году. Автор — ведущий специалист в мире, собравший и осмысливший богатейший материал по данной проблеме. В монографии обобщены сведения о патогенезе, клинике и семиотике основных туннельных синдромов — наиболее частой форме нетравматического поражения нервных стволов. Главное внимание уделено их диагностике и консервативному лечению в амбулаторной и стационарной практике врачами общей медицинской сети: неврологами, травматологами, ортопедами, физиотерапевтами, терапевтами, семейными врачами, а также мануальными и иглорефлексотерапевтами. В связи с всеобщей компьютеризацией последних лет возросло количество болезней рук и прежде всего туннельных синдромов (невропатий). Эти специфические болезни поражают людей разного возраста и различных профессий, работа которых связана с нагрузкой на руки, и требуют немедленного лечения. Автором разработаны рациональные методы диагностики и оптимальные методы консервативного лечения, о чем и написана эта книга. Она может служить практическим руководством для врачей различных специальностей.

**Внимание!**

В издательстве НЬЮДИАМЕД вышла новая книга!



XV Международная научно-практическая конференция

# «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

30 сентября — 1 октября 2010 года

Холидей Инн Сокольники, Москва

Web-сайт: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net), [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)E-mail: [gerontology@zdrav.net](mailto:gerontology@zdrav.net)

Постоянно действующий Организационный комитет конференции  
«ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» сообщает о проведении  
30 сентября — 1 октября 2010 года

XV Международной научно-практической конференции

**ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:**

- Организация медицинской и социальной помощи пожилым. Современные геронтологические. Сестринский процесс.
  - Геронтологические аспекты терапии (кардиология, ревматология, гематология и т. д.), хирургии, офтальмологии, стоматологии, неврологии и психиатрии.
  - Теоретические основы геронтологии, старение, геронпротекторы.
  - Стандартизация, медицина, основанная на доказательствах, и клиничко-экономический анализ в гериатрии
  - Геронтофармакология
- Во время конференции будет проходить выставка ведущих фирм, производящих лекарственные препараты, лечебное и реабилитационное медицинское оборудование, предметы ухода для пожилых.

**ВАЖНЫЕ ДАТЫ**

Бронирование номера в гостинице до 1 сентября 2010 г.

**ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ**

и оставить заявку на бронирование номера в гостинице вы сможете on-line, заполнив соответствующую форму на сайте или направив в адрес Оргкомитета заявку на участие по почте или по факсу.

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов составляет 3000 руб. и обеспечивает аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов, папки с материалами конференции, ежедневный обед. Для членов Научного медицинского общества геронтологов и гериатров — оплата в размере 50%. **Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом на основании заявки и тезисов.** Регистрационный взнос следует перечислять на расчетный счет ООО «МТП Ньюдиамед» с указанием фамилии участника конференции. К/с 301 018 100 000 000 005 05 Р/с 407 028 105 000 000 004 85 в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО) БИК 044 579 505 Код по ОКОНХ: 91514 Код по ОКПО: 189 440 19 ИНН 770 224 522 0 КПП 770201001

**ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА**

Журналы: «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации в здравоохранении», «Клиническая фармакология», газеты: «Вестник московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор», «Вестник Геронтологического общества РАН»

Место проведения: Холидей Инн Сокольники. Москва, Русаковская ул., дом 24

Адрес Оргкомитета: Москва, 115446, Коломенский проезд д. 4, ГКБ № 7,

Кафедра гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова,

Оргкомитет Конференции: «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ».

Телефон/факс: (499) 782-31-09,

E-mail: [gerontology@zdrav.net](mailto:gerontology@zdrav.net). Web-сайты: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net) [www.zdravkniga.net](http://www.zdravkniga.net)

Председатель оргкомитета, профессор Воробьев Павел Андреевич

Научный секретарь Некрасова Наталья Игоревна

Ответственный секретарь Рихард Галина Семеновна

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ**

в Оргкомитет Конференции «ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

ФИО \_\_\_\_\_

Место работы и должность: \_\_\_\_\_

Индекс \_\_\_\_\_ Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Телефон/факс (с указанием кода города) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Формы участия (отметить ✓):

Устное сообщение  Стендовый доклад  Публикация тезисов  Слушатель 

Гостиница:

Не нуждаюсь Нуждаюсь 

Название доклада, соавторы \_\_\_\_\_

Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова, В.В. Власов, О.В. Борисенко

Редакционный совет: Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Беленков Ю.Н., Белоусов Ю.Б., Богомолов Б.П., Бокарев И.Н., Бурков С.Г., Бурцев В.И., Васильева Е.Ю., Галкин В.А., Глезер М.Г., Гогин Е.Е., Голиков А.П., Губкина Д.И., Гусева Н.Г., Дворецкий Л.И., Емельяненко В.М., Зайратьянц О.В., Заславская Р.М., Иванов Г.Г., Ивашкин В.Т., Кактурский Л.В., Калинин А.В., Калыев А.В., Ключев В.М., Комаров Ф.И., Лазебник Л.Б., Лысенко Л.В., Маколкин В.И., Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Насонова В.А., Нонинов В.Е., Палеев Н.Р., Пальцев М.А., Парфенов В.А., Погожева А.В., Покровский А.В., Покровский В.И., Потехин Н.П., Раков А.Л., Савенков М.П., Савченко В.Г., Сандриков В.А., Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Смоленский В.С., Сыркин А.Л., Тюрин В.П., Хазанов А.И., Цурко В.В., Чазов Е.И., Чучалин А.Г., Шлептор А.В., Ющук Н.Д., Яковлев В.Б.

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2, МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: [mtpndm@dol.ru](mailto:mtpndm@dol.ru) [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

Отдел рекламы: директор по маркетингу Г.С. Рихард (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

Рекламная информация обозначена **б****Внимание!** В адресе корреспонденции обязательно указание МТП «Ньюдиамед!»