



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Август 2006
№ 16 (33)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Накануне отъезда Форумного комитета на свое 4-е открытое заседание — школу-семинар, проводимую совместно с Обществом фармакоэкономических исследований, Президентом РАМН, академиком М.И. Давыдовым, было высказано непонимание, почему нужно куда-то ехать, почему нельзя здесь, в России, обсудить насущные российские проблемы. Очевидно, что этот вопрос присутствует у многих — зачем тратить бешенные деньги, силы, отрывать людей от работы, чтобы поговорить. Правильно: именно затем — оторвать от привычной окружающей среды, ежедневных и даже ежеминутных проблем и заставить работать свободной, не загруженной «бытом» головой. Отключению способствует и окружающая историческая и природная действительность, море, солнце и песок.

Конечно, напрашиваются и прямые аналогии. Италия гораздо более значимая для России страна, чем мы себе представляем. Только несколько наиболее известных примеров: «Мертвые души» написаны Н.В. Гоголем в Риме, вблизи фонтана Треви, «Пиковая дама» создана П.И. Чайковским за 40 дней сидения в заперти на берегу Арно во Флоренции. М. Горький большую часть своей сознательной жизни провел недалеко от Неаполя (в частности — на острове Капри). Туда к нему съезжался весь бомонд российской культуры, свободной мысли, философии России. На Капри жил и В.И. Ленин. Через Рим прошла вся эмиграция 60—70-х годов из СССР. Бесчисленны художественные полотна, музыкальные произведения, вошедшие в копилку шедевров нашей страны либо написанные в Италии, либо вдохновленные ею. И сегодня сюда тянутся не только одни торговцы обувью и одеждой, но и творческие люди. Недаром в центре Рима год назад, при активном участии Валерия Воскобойникова открылся небольшой салон имени Генриха Густавовича Нейгауза, в котором выступают и маститые музыканты, и начинающие.

Почему Италия предрасполагает к творчеству как никакая другая страна? Почему все современное искусство, а на самом деле — вся современная культура произошла из Италии? Ведь никто обычно не задумывается о том, что и Леонардо да Винчи, и Микельанжело и Рафаэль, и Галилео Галилей, и Макиавелли, и Данте, и Страдивари, — во-первых, современники (взлет этот продолжался не многим более 200 лет) и, во-вторых, главное, связаны с одним городом — Флоренцией.

Для культуры нужны УСЛОВИЯ.

В одном небольшом местечке — Тоскани, горной чаши вокруг реки Арно, сеньорами были созданы условия для развития искусства, науки и ремесел — и сегодня весь цивилизованный мир пользуется этими результатами. Они — гении — ссорились между собой, с заказчиками, казна не всегда могла оплатить их работы, но созданные шедевры определили на 500 лет всю жизнь Европы. А если бы условий не было — варварство и поныне? Леонардо да Винчи был подмастерьем при строительстве Домского собора — Санта-Мария де Фьора, наблюдал за механизмами, используемыми при строительстве купола по уникальной технологии без использования лесов. Не на пустом месте появился этот конструктор летательных машин, червячных передач, турбин, первого метро на конной тяге и... анатом, физик, художник. Современная анатомия и физиология рождалась одновременно и теми же, кто создавал вечные шедевры полотен и скульптур.

В нашей стране за последние 15 лет тоже создались условия для развития культуры, только со знаком минус. Оставим вопросы художественного творчества специалистам, хотя внешне процессы, о которых идет речь, выглядят одинаковыми. Поговорим о медицинской науке. С начала 90-х ученым не платили зарплаты, их труд оценивался государством ниже 100 долларов в месяц, да и то — не регулярно. За эти годы почти прекратился приток молодых кадров в науку, а те, что были помоложе, нашли себе место в коммерческих структурах, уехали за границу. Лишь 10—15 процентов выпускников медицинских ВУЗов шли в медицину, а в науку — практически никто.

В таких условиях выстояли немногие институты, сохранившие свои научные позиции благодаря возможности перераспределения части средств, получаемых за дорогостоящие виды медицинской помощи. Очевидно, что такое перераспределение привело к вытеснению фундаментальных, инновационных исследований и формированию преимущественно прикладных направлений. Многие научные школы исчезли безвозвратно, другие мимикрировали. Гибель науки — не вина ученых, вина государства.

Открывая заседание, Председатель Форумного комитета академик А.И. Воробьев сказал, что произошла, по мнению Президента страны, самая страшная трагедия XX века — развал Советского Союза. И сегодня уже подго-

товлен документ о разгроме советской научной медицины. То, что мы имеем сегодня — это лишь остатки прежнего.

Нынешним Минздравом предполагается создание департамента науки. Когда министром здравоохранения СССР был Е.И. Чазов, он устранил Ученый совет Минздрава. Первым актом А.И. Воробьева на посту министра здравоохранения была ликвидация отдела науки и Ученого совета в Минздраве России. Не может чиновник руководить наукой, руководить поиском неизвестного и невозможного. Можно обеспечивать деньгами, организовывать съезды — но руководить нельзя.

Сегодня по факту больше нет Фармакологического комитета как надзорного органа, обеспечивающего десятки лет нашу безопасную жизнь, отсутствует прохождение медикаментов через фильтр подробного научного анализа. Кто же будет отвечать за это, если не наш Форумный комитет, тем более, что он при РАМН. Печатный орган имеется — «Вестник московского городского научного об-

щество» — все для человека, все во имя человека.

Говоря о лекарствах, А.И. Воробьев напомнил, что человек, переваливший через 50 лет своей жизни, не может обходиться без медикаментов, которые стали такой же неотъемлемой частью жизни, как пища. После 50—60 лет нам угрожает гиперкоагуляционный синдром. Мы гибнем от тромбогенности, которая обусловлена не самим по себе возрастом, не просто измененными сосудами и банальным атеротромбозом, а возрастным истощением фибринолиза. И нам это хорошо известно. Мы знаем, как вести больных после 50 лет. Тяжелые больные без гепарина после 50 лет не живут, и это практически не зависит от нозологической формы. Люди, которые ничем не обременены, но находятся в психиатрической клинике, дают большой процент тромбозов легочной артерии, только потому, что они лежат. Это гиперкоагуляционный синдром, выделенный в нашей стране как состояние.

Конечно, нам угрожают опухоли. Опухоли начинаются с новорожденности, но своего апогея достигают в районе 60 лет. Совершенно разные, не связанные между собой, — но это опухоли и без химиотерапии современную онкологию мы поднять не можем.

Сужение артерий сердца, где решающую роль играет механика кровотока, нарушение сердечного ритма, слабость синусового узла — банальный источник внезапной смерти. Вот основные позиции, по которым мы завершаем свою жизнь до срока.

Раз медикаменты, то сталкиваются интересы фирм, которые производят и распространяют их, и потребителя — больного. Эти интересы взаимосвязаны и противоположны. Противоположность интересов определяется аналогично противоречию труда и капитала. Чем больше ограбит капиталист своих работников, тем больше средств наживет для себя, но тем самым он может подорвать свое будущее.

Далее цитируем: «Извините, за примитивные ссылки на весьма не примитивный марксизм, здесь они уместны.

Дело в том, что поводом для подобного заявления был недавно выслушанный доклад одного очень известного ученого на съезде гематологов. Этот доклад был посвящен использованию мабтеры в лечении так называемых эндолентных лимфом. На не профессионалов, это, конечно, производит впечатление какой-то медикамент при неходжкинских лимфомах и Вам кажется, что произнесены какие-то научные слова. Но когда это доходит до ушей профессионала, он сразу понимает, что это примерно тоже самое, что ванкомицин при болезнях легких. Да, помогает, но для профессионала надо уточнить, при какой форме. А вообще и пенициллин помогает в лечении больных. Если взять какой-нибудь госпиталь и добавить туда меронем, а потом сравнить с госпиталем, где нет меронема, то на кривой выживаемости получится безусловный прирост, и этот лекарственный препарат можно рекомендовать с помощью гигантских рандомизированных исследований в качестве универсального средства лечения больных вообще. Вот так часто выглядит клиническое испытание сегодня в реальной жизни.

Дело в том, что эндолентные (вялотекущие) лимфомы включают в себя огромное количество заболеваний, так же, как и понятие неходжкинские лимфомы — это целый список. Это почти хулиганство на уровне профессионалов, но абсолютно «проходной» термин на уровне медицинского сообщества. А что это значит? Существует либо прицельная терапия опухоли, а она, как правило, персонализирована к нозологической форме и еще подобрана по ряду стадийных ситуаций у конкретного больного. Это одна линия. А другая линия, когда даются некие программы, очень употребительные, очень модные, литературно оформленные, но стирающие грани между нозологическими формами.

Так в чем же корень зла? Дело в том, что сегодня не существует невинных программ лечения, особенно это касается онкологии. Если использовать не абсолютную показанную программу лечения, то опухоль сократится в размерах

Что сказали члены Форумного комитета, или что хотели, да не успели сказать



Фармакологический и Форумный комитеты — давайте дружить вместе

щества терапевтов». Или мы ждем какого-то указания свыше?

Форумный комитет занимает вакантную нишу среди общественных организаций, защищающих интересы пациента. В качестве национальной задачи необходимо остановить вымирание нации от излечимых болезней, и в речи Президента РФ от 5 сентября 2005 г. об этом говорится. О том, что мы должны позлелентно вырывать из лап смерти определенные заболевания. Например, хорошо известно, что сегодня смерть от инфаркта миокарда при достаточной обеспеченности составляет 4—5%, а у нас она по стране в целом 20—25%. Только введение одного аспирина по скорой медицинской помощи, приехавшей к пациенту с затяжным стенокардическим приступом, снижает смертность от инфаркта миокарда. Не говоря уже о тромболитиках, «остром» стентировании, которое и переводит смертность в эти 4—5%.

Если добиться от Минздравсоцразвития закупки эндопротезов тазобедренного сустава для наших стариков, у которых нет денег, чтобы купить сустав, то можно увеличить количество эндопротезирований в 10 раз. Верхний возрастной предел для эндопротезирования тазобедренного сустава — 97 лет, смертность при этой операции ноль. И так по всей стране!

На взгляд А.И. Воробьева, место Форумного комитета не только в лекарственной политике государства. Здесь собраны очень сильные представители отечественного здравоохранения, поэтому нужно сосредоточить усилия и на прохождении научно-этической стороны дела новых лекарственных средств, которые становятся все сильнее и сильнее, а их действие уже и жестче. Необходимо разоблачать массовые закупки ненужного оборудования. Необходимо восстанавливать фармацевтическую промышленность, а не создавать ее заново. Национальным



А.М. Егоров: Фармпроизводство — это выпуск субстанций, а не фасовка таблеток.

ИнтерНьюс

Лечение всех лиц с высоким риском сердечно-сосудистой патологии в странах со средним уровнем дохода требует более доступных терапевтических стратегий

Д-р П. Бовет (Университет социальной и профилактической медицины, Лозанна, Швейцария) оценили стоимость профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, проанализировав данные случайной выборки ($n = 1255$) жителей Сейшелл. Высокое артериальное давление выявлялось у 39,6% участников; из них 59,0% получали лечение. Гиперхолестеринемия выявлялась у 24,2% обследованных, низкие уровни холестерина липопротеинов высокой плотности — у 20,7%. Сахарный диабет был диагностирован у 9,3% участников, курили 17,5%, страдали ожирением 25,1%, имели метаболический синдром 22,1%. В целом, у 43% обследованных риск сердечно-сосудистых заболеваний был высоким. Лечение всех лиц с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний обошлось бы в 45,6 долларов (38,1 евро) на пациента. В частности, на коррекцию дислипидемии приходилось бы 30,6 долларов (25,6 евро), гипертонии — 11,2 доллара (9,3 евро), диабета — 3,8 доллара (3,1 евро), с учетом применения дженериков (кроме коррекции дислипидемии). Стоимость дополнительного минимального медицинского наблюдения и лабораторных тестов достигала 22,6 долларов (18,9 евро). Полученные данные свидетельствуют о необходимости доступных, экономически выгодных терапевтических стратегий и о важности подходов общественного здравоохранения в уменьшении популяционного риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Источник:
BMC Pub. Health 2006;
early online edition

Долой брак и секс: в то время как женатые мужчины живут дольше, брак сокращает жизнь женщины в среднем почти на полтора года

Группе исследователей из Университета Магдебурга под руководством профессора Стефана Фелдера удалось собрать данные о более чем 100 тыс. граждан обоего пола из стран Европы. Брак способствует увеличению продолжительности жизни мужчин в на 1,7 года и сокращает продолжительность жизни женщин на 1,4 года. Одной из главных причин сокращения продолжительности жизни замужних женщин может быть постоянный стресс, вызванный совмещением работы и ведения домашнего хозяйства. Другая причина может заключаться в склонности женщин копировать поведение своих супругов, включая и их вредные привычки. В частности, многие некурящие женщины начинают курить, выходя замуж за курильщиков, либо становятся жертвами пассивного курения. Кроме того, негативное влияние на продолжительность жизни женщин, пребывающих в браке, оказывают и регулярные сексуальные отношения. Секс, сокращающий жизнь женщин, полезен мужчинам, поскольку регулярная половая жизнь ведет к благотворным гормональным изменениям в мужском организме.

Исследование немецких ученых было опубликовано одновременно с данными британской Национальной службы статистики, согласно которым с 1981 по 2002 гг. продолжительность жизни мужчин в Великобритании возросла на 5,1 года. За тот же период продолжительность жизни женщин увеличилась всего на 3,7 года.

Источник:
solvay-pharma.ru

Начало на стр. 1

и, возможно, будет полная клиническая, но не молекулярная, ремиссия. Возникнет рецидив, который будет иметь принципиально качественное отличие от исходной опухоли. Это будет, по сути, не рецидив болезни — это другая болезнь, потому что, в основе опухоли лежит повышенная мутабельность клеток, а с помощью полуживотной лечебной программы убираются чувствительные к лечению клетки, которые и погибают. Однако в недрах оставшегося зерна опухоли вызревает некая отобранная, более устойчивая опухоль, и рецидив становится роковым для пациента.

Именно в наше время родилось понятие предлеченность. Мы панически боимся предлеченных больных. Так, при лимфоме Беркитта, где опухоль может достигать огромных размеров, где у больного могут быть передавлены мочеточники и не работает кишечник, я гарантирую 90% выздоровления только в одном случае — если до меня не использовали не вполне эффективную лечебную программу. Потому что это то же самое, что резекция желудка, посреди растущего рака желудка, вроде бы убрали основную массу, но больной обречен.

Фирме нужно сбыть произведенную продукцию, а нам нужно вылечить больного и здесь то единство противоположностей, которое требует от нас, работников клиник, фармакологов, абсолютной правды. Мы должны вычлнить из набора информационных потоков только то, что, правда, а это сложное дело. Очень опасно в том вопросе, которым мы должны заниматься, взять на себя ответственность неправдивого слова.

По консолидированному мнению выступающих, много лет реформы в здравоохранении проводятся не только без всякого обсуждения и согласования с медицинской общественностью, но вопреки общественному мнению. На заседаниях большой восьмерки декларируется уважение к общественному мнению, на деле — оно игнорируется.

Командование приведет к окончательному распаду отечественной науки. Собрать научные школы быстро, путем чиновничьих решений нельзя, даже в «наукограды»; научным работникам можно создавать условия для плодотворной работы, но ими нельзя руководить. Наука не приносит дохода: для настоящего времени она всегда убыточна, но это инвестиции в будущее. Даже деспотичные руководители нашего государства в недалеком прошлом отчетливо понимали это... Сегодняшняя ситуация будет помниться долго, как и ее главные герои.

Реформа нужна как воздух! Можно ли назвать происходящее реформами? — задавались вопросом выступающие. В систему здравоохранения дали много денег, это привело к повышению доступности лекарств, однако отсутствие порядка, общественного контроля приводит к тому, что далеко не всем нуждающимся удается получить нужные препараты. По меткому замечанию В.В. Власова: «Для пациентов отсутствие лекарств в ДЛО становится толчком к выходу из программы, а массовый выход из программы ведет к ее коллапсу и сокращает для оставшихся в программе людей доступность лекарственных средств». Вот такой порочный круг. При этом непонятно, как можно было допустить, чтобы реально больные люди оказались без лекарств, например многие диабетики. Конечно, можно сослаться на ментальность нашего больного, просящего врача отрезать ногу, чтобы можно было стать инвалидом и получить деньги. Варварство? Выдумки? — факты!

Дали денег. Конечно, здравоохранение давно нуждалось в финансировании, только вот о механизмах распределения средств нужно было бы поговорить заранее с медицинским сообществом, достигнуть общественного согласия. Нельзя и дальше противопоставлять одни амбиции другим: здравоохранение сфера социальная, касающаяся очень широкого круга граждан, отсутствие консенсуса выйдет боком всей стране!

Врач первичного звена, безусловно, основа, базис всей системы. Но! Его статус диспетчера и специалиста по выписке рецептов не изменился. Зарплата врача первичного звена пока выросла совсем не так, как обещали. Во многих регионах сняли все надбавки, совместительства, что привело к снижению базовой зарплаты. Реальная добавка получилась всего 3–5 тысяч, вместо обещанных 10. У сестер прибавка — 1–2 тысячи вместо 5. Многие участковые вообще не получили ничего, так как у них на участке не «хватает» пациентов до установленной «нормы». Чиновники-регуляторы, они простые и предсказуемые. К сожалению, рванули за «длинным рублем» врачи-специалисты, обнажив полностью целье направления. Например, в Хакасии на 580 тысяч жителей был один гематолог, теперь он тщательно пишет амбулаторные карты. Больных с лейкозами больше нет!



В.А. Парфенов: все на защиту когнитивных расстройств



Б.П. Богомолов: Без антибиотиков — нет жизни



А вот насчет Семашко и Бурденко Вы, Василий Викторович, — неправы!

Деньги за роженицами по сертификатам не поступают, а, как выяснилось, аккумулируются на централизованных счетах управлений здравоохранения. Наивные заведующие отделениями составляли, было, уже списки комплектующих, расходного материала, приборов, которые они смогут купить на эти деньги, умные главные врачи усмехались: всем понятно, что деньги не для того дают, чтобы в здравоохранении стало лучше качество или доступность. Куда надо, туда и потратят. Его величество «откат» по-прежнему правит бал. Аналогично будут «израсходованы» средства на диспансеризацию: в поликлинику они не поступят (поликлиника — не юридическое лицо!), будет выполнен с помощью приписок и туфты план, который не выполним в принципе более чем на 5–10%. Всех устраивает отчетность, никому не нужна результативность. И будет как с детьми — отпарюют о якобы высочайшей заболеваемости ИБС и гипертонией, умные поверят, глупые — скажут, что все это ложь. Вот такая «монетизация» здравоохранения.

В рамках проводимых реформ повысилась беспорядочность информации о лекарствах. В последние несколько лет наряду с уже существовавшими коммерческими изданиями (Видаль, Регистр лекарственных средств, Большая энциклопедия лекарственных средств), официальными изданиями (Государственный реестр лекарственных средств, Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств, Справочник лекарственных средств Фармулярного комитета), появились многочисленные выпуски информационных материалов о лекарствах издательства ГЭОТАР.

Как и в предыдущих изданиях этого «уважаемого» издательства, — братская могила авторов (существенно больше 100 человек), многочисленных главных и

неглавных редакторов не позволяет понять, кто и что писал, да и писал ли вообще. Не понятно даже, читали ли авторы (тем более — редактора) тексты. Книга представляет собой перевод справочника ВОЗ, на который даются расплывчатые ссылки. Кто и на каком основании делал комментарии, где комментарии, а где переведенный текст — понять нельзя.

Более того, не приводится наличие у издательства переданных ему авторских прав на эту книгу, разрешение от ВОЗ давать книгу с комментариями. Копирайт только за издательством ГЭОТАР. Это является грубейшим нарушением международных и отечественных норм патентной защиты.

Книга содержит очень странную для врача первичного звена, которому она предназначена, информацию о том, что препарат не зарегистрирован в России в форме, рекомендуемой ВОЗ, или что показания, сформулированные ВОЗ противоречат зарегистрированным в России или наоборот, российские показания противоречат ВОЗовским. Что должен со всем этим делать врач-терапевт поликлиники? Покрутить пальцем у виска?

Книга, адресованная врачу, почему-то рекомендует УМО и как обучающее пособие. Чему учить? — что у нас с ВОЗом разные взгляды? Безо всяких объяснений и разъяснений? Странное «обучение»!

Джин негативного перечня. Продолжая работы по упорядочиванию информационного поля в лекарственной сфере Фармулярный комитет подготовил 2-е издание справочника Фармулярного комитета. В нем — выпущенный из бутылки

джин негативного перечня медицинских технологий. Его много обсуждали, гастроэнтерологи готовы пачками «запускать» в негативный перечень лекарства, широко применяемые в медицине. А.И. Воробьев предложил внести в негативные технологии метотрексат, нередко используемый для прерывания беременности, особенно — трубной.

Одновременно Е.Е. Гогин призвал к осторожному отношению к препаратам с эффектом плацебо — к ним есть определенное привыкание части населения и они должны и дальше быть в арсенале врача. Вот, что он сказал: «Сегодня работает огромный мировой фармацевтический комбинат, выпускающий все новые, более современные и безопасные лекарственные средства. Поэтому сегодня совершенно правильно создавать перечень лекарственных препаратов, которые устарели, не отвечают нынешним требованиям и эти некоторые препараты нужно изымать из врачебной практики. Тем не менее, это не простой вопрос, и на некоторых моментах проблем, связанных с этим явлением, на примере кардиологии.

Продолжение на стр. 3

Начало на стр. 1, 2 ↗

Существует ряд препаратов, которые из-за своей низкой эффективности и серьезных побочных эффектов не следует рекомендовать к применению. Алкалоиды раувольфии (резерпин, раунатин, адельфан, бринердин) вошли в практику в 50-е годы и имели революционный успех, потому что страшно подумать чем мы лечили артериальную гипертонию в то время. Тогда же мы узнали и все отрицательные моменты, связанные с применением алкалоидов раувольфии и тех препаратов, где они входят в качестве одного из компонентов.

Гуанетидины (изобарин, октадин, исмелин) тоже в свое время давали поразительные результаты, т. е. позволяли снижать артериальное давление до такого уровня, который невозможно было достичь с помощью других медикаментов. Однако вскоре пациенты не могли с утра дойти до туалета — падали в связи с ортостатическими явлениями.

Про сердечные гликозиды когда то говорили, что не стоит быть врачом если нет сердечных гликозидов, и в тоже время было известно, что не было практикующего врача, у которого бы на игле при введении строфантина не погибали бы пациенты, потому что это был единственный способ вывести из кардиальной астмы и отека легких. Сейчас в некоторых регионах клиники по-прежнему запрашивают строфантин, который, конечно же, не должен сегодня применяться, т. к. существуют лекарственные средства, позволяющие наиболее безопасно вывести пациента из этих смертельно опасных состояний.

Сложный вопрос остается с доксазолином, теразином, которые в дальнейшем будут применяться для решения урологических проблем, но применять их в качестве лечения артериальной гипертонии потребности нет. Также самое касается и ганглиоблокаторов (пентамин, бензогексиний).

В негативный перечень следует отнести и ряд лекарственных препаратов, которые сегодня вытеснены более безопасными и высокоэффективными аналогами, например, агонисты α_2 -адренорецепторов (гемитон, катапресан, клофелин). Гемитон резко и быстро снижает артериальное давление, а затем вызывает повторное повышение. Клофелин широко используется в криминальной практике т. к. при взаимодействии с алкоголем надолго отключает пациента. Сегодня появились более сильные препараты, но, тем не менее, есть клиники, которые сохранили привязанность к этим препаратам. Метилдопу и сейчас пытаются применять, особенно при беременности. Хинидин — антиаритмический препарат, и сейчас есть врачи, которые считают, что у него есть преимущества при всем изобилии других препаратов этой группы.

Особенно хотелось бы подчеркнуть, что очень трудно исключить препараты, получившие широкое применение, и к которым привыкли наши пациенты. Нам сейчас очень трудно себе представить, как бы мы лечили пациентов, если бы не обладали всем тем арсеналом современных лекарственных препаратов, который находится в нашем распоряжении. Наши предшественники, учителя с этой задачей справлялись. Хотя возможности медицины необычайно возросли, авторитет наших предшественников был выше, чем авторитет современных практических врачей. Этот парадокс мы должны себе четко представлять. Если в прошлом врач был очень значительной фигурой, обладал огромным доверием пациентов, то сегодня наблюдается прямо противоположная ситуация. Чем больше успех медицины, тем меньше становится авторитет врача. И это происходит не только в нашей стране, где действительно много причин, для того чтобы лечащие врачи находились в трудном положении. В США целая проблема с юридическими преследованиями лечащих врачей за неправильное лечение. Стандарты, которые там разрабатываются, в значительной степени направлены на то, чтобы защитить врачей от неоправданных претензий. В стандартах четко пописаны препараты, которые врач может и должен применять и если он этого не делает, то это может быть поставлено ему в упрек, а если применяет, то он защищен от судебных преследований. И эта сторона деятельности должна приниматься во внимание.

Необходимо с осторожностью относиться к включению в негативный перечень широко используемых лекарственных средств, даже при недоказанной активности в отношении определенных мишеней (эффект плацебо). К таким лекарствам можно отнести валидол, валокордин, корвалол, капли Зеленина, капли Вотчала, дибазол — «народные средства» закрепленные многовековой практикой. Когда к нам обращается пациент с теми или другими жалобами он просит, чтобы ему помогли. Чем? Врач понимает, что в данном случае современные мощные направленные препараты не уместны, и само заболевание обойдется лучше, если лечение не применять. Вот в этом случае действие препаратов с плацебо-эффектом оказывается решением этой не простой ситуации.

Например, валокордин надо оставить для пациентов, которым показалось, что у них стенокардия, как у соседа. Этот пациент приходит к нам на прием и требует препарат, который ему не нужен и вреден, но он уверен, что должен уйти от врача с назначенным лекарством, и другое лечение ему не поможет. Врачу сразу ясно, что это не стенокардия, а одна из кардиалгий, которых в несколько раз больше, чем истинных стенокардий. Рекомендовать такому пациенту нитроглицерин для длительного применения нельзя, он окажет на него отрицательное влияние, ему нужно назначить какой-нибудь препарат который его отвлечет от мыслей, что его отказались лечить.



Уголок скепсиса



Думаем, обсуждаем, спорим

Сам эффект плацебо учитывается каждый раз, когда мы проверяем современные препараты, но он не может быть существенно стандартизован. Случай из жизни. Восемнадцатилетняя девушка страдала внезапными кровотечениями из горла, которые не имели никаких объяснений. Потом мы, провели пробу и у нее на руке, остался след ожога третьей степени, образовавшийся на месте нанесения на кожу капли воды из пробирки с надписью «Кислота». Для консультации был приглашен психиатр, который сам провел эту пробу и после консультации сказал, что она не поддается гипнозу. На следующий день я увидел, что имеется некротическое отторжение участка кожи, на который попала капля «кислоты» и сказал ей, что вчера мы перепробовали с концентрацией «кислоты». Она ответила, что все заживет как всегда, но ей хотелось бы посмотреть на язык профессора, который проводил ей эту пробу, и прежде чем капнуть «кислоты» ей, попробовал кислоту на язык.

Поэтому когда мы говорим о применении лекарственных средств, несомненно, врачу нужно думать, прежде всего, об эффекте назначаемого лечения, и как он должен разъяснить действие того или иного препарата. Потому что огромные суммы уходят на покупку биологически активных добавок, поскольку там обещают только хорошие результаты. А когда пациент покупает истинно лечебный препарат, он видит, что при его приеме возможна масса различных осложнений и боится его применять.

Сегодня целый ряд пациентов, на определенном этапе врачебной помощи, уходит из нашей сферы к колдунам, гадалкам. Ясно и очевидно, что этот процесс нужно как-то остановить, а некоторые лечащие врачи привыкли, посмотрев данные анализов и какие препараты, получал пациент раньше, не говоря ему ни слова выписать лекарственное средство».

Такое осторожное отношение к негативному перечню не вызвало большой дискуссии, но спровоцировало множество лирических отступлений по поводу того, как иногда важно при «сердечных» болях дать пососать пустышку валидола. Думается, что негативный перечень ожидает большое будущее и долгая жизнь, в том числе — и скандальная.

Дополнительное лекарственное обеспечение (ДЛО) — это новый вектор в развитии здравоохранения, и, не смотря на большое количество ошибок и проблем, в целом оно должно быть оценено как положительное начинание. Особенно ярко это продемонстрировали цифры, приведенные С.И. Кузнецовым (Минздрав Самарской области). По его мнению, ДЛО позволило повысить доступность лекарственных средств для населения. Впервые появилась возможность адекватного лечения, назначения лекарств столько, сколько нужно, проведения терапии тому, кому нужно. Так, из зарегистрированных 1800 больных рассеянным склерозом сегодня лечение по программе ДЛО получают 140 человек, в то время как в 2005 г. их было 60 человек. Количество больных гемофилией 145 человек, и впервые все пациенты получили возможность лечиться VIII и IX фактором. В январе 2006 г. в Самарской области 53 больных хроническим миелодисплазией получали гливек. Сумма компенсации за квартал составила 18,7 млн. руб., Правда, потребность — в разы выше.

Применение генно-инженерных инсулинов позволило, по мнению докладчика, уменьшить число больных с ретинопатией за 5 лет на 20%, сократить количество больных с хронической почечной недостаточностью в 2 раза, уменьшить число ампу-

ций с 568 в 1998 г. до 443 в 2005 г., уменьшить госпитализацию по поводу диабетической комы, и в 2 раза сократилась летальность от комы. Госпитализация по поводу кетоацидоза также уменьшилась в 2 раза по сравнению с 1998 годом (1,61 и 0,8% соответственно).

Ввод единого федерального ограничительного Перечня лекарственных средств — это фактор, определяющий уровень гарантий в получении лекарства для граждан и уровень защиты врача при выборе и назначении лекарственной терапии. Важнейшее направление, которое необходимо реализовать в 2006 г. — максимально полная синхронизация Перечня лекарственных средств и стандартов амбулаторного лечения. Когда началось лечение больных по стандартам стал отмечаться рост расходов. Например: в 3 квартале 2005 г. затраты на лечение онкологических больных составляли 26 млн. руб., а в 1 квартале 2006 г. — 59 млн. руб.; аналогичная ситуация и по бронхиальной астме: в 3 квартале 2005 г. — 14 млн. руб., в 1 квартале 2006 г. — 16 млн. руб.; затраты на лечение больных расценным склерозом — 3 квартал 2005 г. — 10 млн. руб., в 1 квартале 2006 г. 17 млн. руб.; на лечение больных гемофилией — 3 квартал 2005 г. — 3 млн. руб., в 1 квартале 2006 г. 7 млн. руб.

Не смотря на повышение доступности лекарств и проведенную активную борьбу за то, чтобы льготники не отказывались от набора социальных услуг, на 1 октября 2005 г. отказались от них 56 тыс. (20%) из 283,6 тыс. федеральных льготников. Были проанализированы причины не обращения льготников федерального регистра за ДЛО. Основная причина — недоработка руководителей ЛПУ: не занимаются диспансеризацией (30%),

ИнтерНьюс

ВОЗ установила новые нормативы веса и роста детей первых лет жизни

ВОЗ выпустила новые таблицы соотношения веса и роста у детей от 1 месяца до 5 лет. Предыдущие таблицы были составлены более 20 лет назад и основывались преимущественно на статистических данных детей, получавших искусственное вскармливание. Новые таблицы подготовлены по результатам измерения и взвешивания 8440 детей из шести стран мира (Бразилия, Гана, Индия, Норвегия, Оман и США). Ученые отбирали детей, воспитывающихся в «оптимальных условиях для правильного развития», т. е. находившихся на грудном вскармливании, обеспеченных хорошим питанием и качественным медицинским обслуживанием и имеющих некурящих матерей. Исследование показало, что средние показатели веса и роста детей из разных стран различаются незначительно и это позволило сделать заключение, что физическое развитие детей до 5 лет в большей степени определяется условиями жизни, а не наследственностью. Полученные данные свидетельствуют, что существовавшие ранее нормативы веса детей были завышены примерно на 15—20%. Например, согласно предыдущим рекомендациям, нормальный вес годовалого ребенка составлял 10,2—12,93 кг; по новым рекомендациям он должен составлять от 9,53 до 11,79 кг. ВОЗ рекомендует грудное молоко в качестве оптимальной пищи для младенцев. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, в будущем реже страдают ожирением, гипертонией и сахарным диабетом.

Источник: Mednovosti.ru

Рекомендации, основанные на клинических исследованиях могут быть применимы к реальным пациентам первичного звена здравоохранения

Ученые из Бирмингемского Университета (Великобритания) отмечают, что теперешние рекомендации по профилактике инсульта основываются на результатах исследования PROGRESS, а его участники значительно отличались от пациентов в условиях реальной клинической практики первичного звена здравоохранения. Участники исследования PROGRESS были в среднем на 12 лет моложе, чем 413 больных с инсультом и 107 пациентов с транзиторной ишемической атакой из 7 бирмингемских центров первичного звена здравоохранения — 64 года против 76 лет. У участников исследования был меньше срок от последнего цереброваскулярного события: 0,7 против 2,5 лет. Известно, что в возрасте старше 80 лет снижение артериального давления уменьшает риск инсульта, но увеличивает риск смертности. Кроме того, чем больше времени прошло от предыдущего цереброваскулярного события, тем меньше риск повторного инсульта, и тем меньше пользы будет от агрессивного вмешательства. Уровень систолического артериального давления был одинаков в обеих группах, однако в исследовании PROGRESS систолическое артериальное давление было выше, больше была доля лиц с артериальным давлением не ниже 160/90 мм рт. ст., меньше доля лиц, получающих антигипертензивные препараты. В целом, у 61% бирмингемских пациентов систолическое артериальное давление было выше 140 мм рт. ст., и у 77% — выше 130 мм рт. ст. (целевой уровень согласно рекомендациям Британского Общества гипертонии). По мнению д-ра Дж. Манта, «теперешние национальные и международные клинические рекомендации подходят для ведения молодых пациентов с недавно перенесенным цереброваскулярным событием. Однако необходимы дополнительные данные по эффективности и безопасности интенсивного снижения артериального давления в репрезентативных популяциях, прежде чем внедрять эти рекомендации в первичном звене здравоохранения».

Источник: BMJ 2006; online first

Продолжение на стр. 4 ↗

ИнтерНьюс

У лиц 80 лет и старше риск внутримозгового кровоизлияния после тромболитика не выше, чем у более молодых пациентов

Рабочая группа исследования CASES (Canadian Alteplase for Stroke Effectiveness study), во главе с д-ром P. Svajla (Университет Калгари, Альберта, Канада), проанализировали клинические исходы у 1135 больных с инсультом, получавших тканевой активатор плазминогена. Частота симптомного внутримозгового кровоизлияния была сходной у 270 больных 80 лет и старше и у 865 более молодых пациентов: 4,4% и 4,6%, соответственно. Спустя 20 дней у 20% пожилых больных баллы по модифицированной шкале Rankin достигали 0—1 (благоприятный исход), по сравнению с 40% более молодых пациентов. Тем не менее, фибрилляция предсердий выявлялась у 37% участников пожилой группы и у 18% больных из более молодой группы. Для застойной сердечной недостаточности эти показатели составили 11% и 6%, для гипертонии — 59% и 48%, соответственно. У более пожилых больных инсульт был, как правило, более тяжелым. По мнению авторов, не возраст сам по себе, а комплекс факторов объясняет менее благоприятный исход у пожилых больных. Впрочем, если таким пациентам не выполнять тромболитиз, то смертность будет еще выше, уверены ученые. В России тромболитиз при инсульте выполняется единичным больным.

Источник:

J. Neurol. Neurosurg Psychiatry 2006; online first, собственная информация

Витамин В₁₂: вместо уколов — в рот

Частота дефицита витамина В₁₂ нарастает с возрастом, проявляясь тяжелой анемией, нередко сопровождающейся грубыми нарушениями периферической нервной системы. При выявлении этого дефицита проводят курс лечения внутримышечным витамином В₁₂ в течение нескольких недель, затем 1—2 раза в год — профилактические курсы. При этом заболевании витамин В₁₂ не всасывается в кишечнике из-за отсутствия выработки в желудке вещества, транспортирующего витамин в кишечную стенку.

Проведен систематический обзор исследований, в которых сравнивалась эффективность перорального витамина в дозе 2000 микрограмм в сутки с инъекционной формой 1000-микрограмм. Было изучено 2 рандомизированных исследования, включавшие в общей сложности 108 пациентов, наблюдавшихся от 3 до 4 месяцев. Эффективность перорального приема оказалась выше по показателям уровня витамина В₁₂ в крови, получен положительный ответ и по гематологической и по неврологической симптоматике.

Источник:

Fam. Pract. 2006 Jun; 23(3): 279-85. Epub 2006 Apr 3

Рекомендуемые уровни липидов и артериального давления достигаются редко

В своем исследовании д-р М.Хо (Медицинский Исследовательский Центр Университета Колорадо, Денвер) проанализировали данные 14144 пациентов с коронарной болезнью, из 8 клиник Veterans Affairs. Оказалось, что гипертония имеет место у 55,7% обследованных, дислипидемия — у 71,5%, а их сочетание — у 41,6%. Лишь у 38,9% пациентов были достигнуты рекомендуемые уровни холестерина липопротеинов низкой плотности — ниже 100 мг/дл, контроль артериального давления (ниже 140/90 мм рт. ст.) имел место у 53,4% пациентов. Целевые уровни обоих показателей были достигнуты лишь у 21,9% участников.

Источник:

BMC Cardiovasc Dis 2006; online early edition

Начало на стр. 1, 2, 3 ➤

но многие отказываются от получения лекарств прописанных врачом (15%), не имеют возможности передвижения (10%) и др.

Стандарты амбулаторной медицинской помощи с медицинской и финансовой точки зрения не взаимосвязаны, не коррелируют с объемами финансов выделяемых для системы ДЛО. Вместе с тем, адекватное лекарственное лечение способствует снижению бремени болезни для системы здравоохранения в целом. Вот несколько примеров: — расходы на 1 пациента сахарным диабетом в Самарской области в 1 квартале 2005 г. — 1412 руб. в месяц, количество госпитализаций — 69, количество вызовов скорой медицинской помощи — 127. В 1 квартале 2006 г. расходы увеличились до 2382 руб., но количество госпитализаций снизилось до 42, а количество вызовов скорой медицинской помощи — до 79. Эпилепсия — расходы на 1 пациента в 1 квартале 2005 г. — 1426 руб. в месяц, количество госпитализаций — 26, количество вызовов скорой медицинской помощи — 40, а в 1 квартале 2006 г. — 2108 руб., количество госпитализаций — 5, количество вызовов скорой медицинской помощи — 8.

Резерв ДЛО — перераспределение затрат на жизненно важные лекарства. Так по результатам ABC, VEN анализов Самарского Минздрава на первом месте по расходам в 2005 г. находился предуктал: закуплено 64 тыс. упаковок на 20 млн. руб., в то же время суммарно инсулины были закуплены на 24 млн. руб. Многие думают, что в ДЛО деньги в подавляющем большинстве случаев тратятся на оплату действенных импортных лекарств из-за того, что отечественных нет. Р. Волков поведал, что бусерелин-депо, выпускаемый отечественным Фармсинтезом, в 2 раза дешевле импортного аналога, видимо поэтому он не вошел в московские стандарты. Он отметил, что 83% денег по ДЛО уходит на запад и лишь 17% — отечественным производителям. Отечественных препаратов в ДЛО 103 против 500 в целом.

В 1-м квартале 2006 г. лекарственные средства назначались без ограничений. По данным Росздравнадзора сумма ежечасного отпуска лекарственных средств в рамках ДЛО по Российской Федерации в 2006 г. составляет в среднем более 1 млн. руб. в неделю. Общий объем заявки утвержденный в бюджете 29 млрд. рублей, но на 13 июня уже выдано лекарственных средств на 27 млрд. рублей. Соответственно, на последующие 6 месяцев осталось 2 млрд. рублей. В виду того, что за первые 6 месяцев 2006 г. 90 тыс. граждан были признаны инвалидами, на них из бюджета будет запрошено 7 млрд. рублей итого пока всего 9 млрд. рублей на второе полугодие 2006 года. Сегодня до Самары доведен объем тех финансовых средств, на которые можно заказывать лекарства. В 1 квартале заявили и получили 341 млн. рублей, сейчас доведен объем заявки финансовых средств 156 млн. руб. — т. е. в два раза меньше. При этом только на лечение тех заболеваний, которые упомянуты выше (онкология, гемофилия, сахарный диабет, бронхиальная астма, низкий, рассеянный склероз, трансплантация органов) необходимо 220 млн. рублей.

С.И. Кузнецов отметил проблемы выписки по МНН. Так, заказывают беклазон Эко, а получают беклазон ЛД, при этом существует разница в цене около 200 рублей не в пользу получаемого препарата. Или вместо пульмикорта поставляют серетид. И спорить с этим трудно, т. к. поставлено по МНН. Ингаляционных кортикостероидов было заказано 1040 упаковок, а поставлено 848; в рублях сумма заявки была 620 тыс. руб., а поставлено на 1 млн. руб. О псевдо полезности выписки по МНН говорил и А.В. Быков — в таком случае, что назначить больному фактически решает не врач и даже не провизор, а дистрибутор и чиновники. Необходимо незамедлительно ввести референтные цены (предельные цены государственного возмещения за лекарства), тогда острота проблемы выписки по МНН в значительной мере снизится.

Необходимо связать воедино не только профессиональную ответственность врачей и финансовую ответственность государства, а также объединить работу органов которые определяют право человека в части ДЛО (пенсионный фонд), органы здравоохранения, органы, финансирующие ДЛО (ФФОМС, ТФОМС и его структуры на местах) и органы, которые контролируют это назначение (органы Росздрава). Когда все эти четыре организации будут работать вместе достаточно серьезно, тогда мы достигнем определенных результатов. Ошибка врача: полипрогноза, несоблюдение стандартов медицинской помощи — могила одного человека, ошибка организатора здравоохранения — кладбище.

Отсутствие собственного производства лекарств является фактором зависимости страны, ущемляющим ее национальную безопасность. А.И. Воробьев раз за разом подчеркивает, что безопасность страны определяется наличием антибиотической промышленности! Этому лозунгу нужно подчинить всю политику закупок.

Заместитель председателя Форумного комитета академик А.М. Егоров констатировал, что 80% закупок в стране — готовые лекарственные формы, и лишь 20% — субстанции + технологии изготовления готовых лекарственных форм. В 90-х годах за счет немецких кредитов в стране построили несколько заводов готовых лекарственных средств и ни одного завода по субстанциям. Уничтожены технологические институты, школы. Вроде бы Совет Безопасности страны обратил на это внимание, но его решения сегодня лежат исключительно в бюрократической плоскости.

Выступавшие отметили, что нужны небольшие заводы при институтах для обеспечения «сиротскими» (редко применяемыми) лекарствами, при этом такое отечественное производство, финансируемое из государственных фондов, может снизить цену в 5—10 раз по сравнению с оригинальными препаратами. Так, по словам И.В. Бондаря, ВОИЗ производит небольшие

партии лекарств. Вообще цитостатики в стране — большая проблема, долгое время их не выпускали вовсе, ЛЭНС сегодня выпускает более-менее приличные общепотребительные препараты, однако лекарства от Брынцалова нельзя покупать — они токсичны. А.А. Бунятян, характеризую группу препаратов, используемых в анестезиологии и реанимации, отметил, что в стране нет своей промышленности по ингаляторным анестетикам, хотя местные анестетики и миорелаксанты свои есть. Нельзя оперировать без заморского друга! Когда в стране кончился протамин-сульфат, его выпустил Брынцалов, но препарат давал такое количество осложнений, что его перестали применять вовсе. Кроме того, следует обратить внимание на отсутствие в стране нордреналина, имеющего широкое применение в стране, необходимо принять экстренные меры по его закупке и воспроизводству, включить в перечень «сиротских» технологий фосфодиацетатные препараты — самрикон, мильрикон, эноксимен — препараты улучшающие функцию правого желудочка при трансплантации сердца.

Мотив — мы все купим — подавляет всякую инициативу. Нужна государственная координация в фармпромышленности. Лекарства — это не товары народного потребления, а социальная сфера и стержень социальной политики государства. Сегодняшняя фармпромышленность — это короткие деньги, а нужны длинные деньги, нужны инвестиции в науку, в разработку препаратов, пусть даже аналогов имеющихся, но собственных субстанций. Это, как элементная база в электронике или производство комплектовующих в автопромышленности — или свой автомобиль и телевизор, или «отверточная сборка». В последнем случае мы соглашаемся на статус колониальной страны с дешевой рабсиллой.

В России 600 фармацевтических производств. Нужно немедленно создать группу по сбору информации о потребностях в лекарствах. Нужен список препаратов, которые нуждаются в поддержке государства. Сегодня вновь все решает чиновник, а не профессионал. Нужен не только межведомственный орган по контролю и стимулированию отечественной промышленности, но орган, включающий отечественных производителей и дистрибуторов. Такая политика позволит направить деньги в фармацевтическую промышленность. Работать с отечественными производителями можно под эгидой РАМН. Для поиска интерфейса общения с производителями, как заметил А.М.Егоров, нужен перечень перспективных препаратов, необходимо провести анализ того, сколько их нужно, решить вопросы интеллектуальной собственности, создать условия для уверенности в дистрибуции, продажах лекарств.

Что можно решить уже сегодня — нестандартные формы выпуска лекарств для детей, госпитальные упаковки. Необходимо напрямую обратиться к производителям насчет малых форм для детей — не возможно крошить таблетки и капсулы на 5—10 частей. Нет и госпитальных упаковок, что не требует больших усилий, хотя госпитальные упаковки должны содержать не тысячи таблеток — а разумное количество, в зависимости от препарата, скорости его употребления медицинским учреждением.

Регистрация как фактор сдерживания отечественного производства. Еще одну важную проблему поднял В.А. Батурин. Существующая система контроля и регистрации тест-систем и наборов реагентов для диагностики in vitro (микробиологической, биохимической, иммунологической) ставит отечественных разработчиков и производителей в более сложное положение, чем зарубежные фирмы. Эти тест-системы регистрируются как лекарственные средства! т. е. нужно уплатить не менее 5 тыс.долларов за регистрацию, доказать, что у тебя производство по GMP (а это — колоссальные средства). Зачем, если системы никогда не соприкасаются с человеком — они ведь для исследования в пробирках? Должен быть только контроль качества, а не громоздкая система, включающая стерильные боксы и т. д. Документы в Росздравнадзоре лежат не меньше 6 месяцев, т. е. полгода все стоит, нужно платить зарплату, но нельзя ничего выпускать. Необходимо коренным образом пересмотреть систему национальной регистрации и контроля, отдельно регистрировать диагностические системы in vitro и лекарственные средства.

Л.Е. Сиземова отметила, что похожая проблема с регистрацией в стране лекарственных субстанций — производители вынуждены регистрировать субстанции от каждого из потенциальных производителей, платить за это деньги, отрицательно сказывается и затраченное время. В мире принято лишь иметь сертификат качества от производителя на субстанцию, проводить ее анализ, но не регистрировать отдельно. Нередко одно и то же лекарство производится из субстанций разных производителей.

Нужна соска для народа, заметила Э.П. Яковенко. И вот сегодня, в условиях разгрома добросовестной медицинской науки, каждая свежескошенная у обочины дороги трава становится гепатопротектором. БАД необходим здоровому человеку с большими мозгами, гомеопатия хороша тем, что не дает ни эффекта, ни побочных действий. С.И. Кузнецов обратил внимание на то, что в Самаре продается БАД и гомеопатии на 120 млн. руб., что сопоставимо с оборотом лекарств в регионе. БАД имеют меньшие ограничения при производстве и регистрации, чем лекарства, поэтому они и процветают. По данным А.С. Румянцев в России сегодня зарегистрировано 6,5 тысяч БАД. При регистрации не требуется ни токсикологических ис-

С.И. Кузнецов обратил внимание на то, что в Самаре продается БАД и гомеопатии на 120 млн. руб., что сопоставимо с оборотом лекарств в регионе.

БАД имеют меньшие ограничения при производстве и регистрации, чем лекарства, поэтому они и процветают. По данным А.С. Румянцев в России сегодня зарегистрировано 6,5 тысяч БАД. При регистрации не требуется ни токсикологических ис-



Э.П. Прохорченко: Ах, придорожная трава, какой же ты гепатопротектор



О.Б. Лоран: о проблеме детрузора можно говорить часами...

Начало на стр. 1, 2, 3, 4 ↪

пытаний, ни клинических. БАД по определению служит для восполнения недостающих веществ в организме, т. е. являются добавками к пище. Фирмы, выпускающие БАД, пишут в своих листовках медицинские показания. Роспотребсоюз, регулирующий оборот БАД в стране, вместо защиты прав потребителей выпускают на рынок практически непроверенные лекарства — фальсификаты — без всяких клинических исследований. Сегодня многие идентичные между собой травяные сборы регистрируются и как БАД и как лекарство. Выступающие признали, что нужен единый орган по контролю за регистрацией и БАД, и лекарств, и вакцин, и сывороток, и косметики, и гомеопатии, и диагностикомов и изделий медицинского назначения, аналогичный FDA в США. При этом необходимо восстановить общественное обсуждение при регистрации со стороны профессионалов.

В заключение — благодарности поддержавшим эту школу-семинар отечественным и зарубежным фармацевтическим компаниям: Астеллас Фарма Юроп, Астра Зенека, Берингер Ингельхайм, Гедеон Рихтер, ГлаксоСмитКляйн, Лаборатории Сервье, Лаборатории Баго, Лек, Мерк Шарп и Доум, ОАО Нижфарм, Никомед, ЗАО «Рош-Москва», Санофи-Авентис, ЗАО Фарм-Синтез, Шварц Фарма, Янссен-Сила.



В подарок итальянскому коллеге профессору А. Корсине наш справочник Форумлярного комитета

Что услышал — записал, главный редактор П. Воробьев

ФАРМАКОЭКОНОМИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА В РОССИИ. Спорные вопросы

М.В. Авксентьева

Курс стандартизации в здравоохранении при кафедре гематологии и гериатрии ММА им. И.М. Сеченова

2 года назад при опросе участников школы-семинара Форумлярного комитета о необходимости оплачивать из государственных средств лечение различных состояний, медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена была единственным вариантом, получившим менее половины голосов «ЗА» (табл. 1). Готовность ограничить доступ к бесплатной помощи оказалась больше, чем мы думали, и, видимо, основным аргументом явились не сомнения в эффективности статинов — судя по дискуссиям, имевшим место на эту тему, никто не оспаривает клиническую значимость этой группы препаратов в принципе, хотя мнения относительно конкретных показаний могут различаться. Проблема в деньгах, как это ни банально — статины дорого стоят, и каждому ясно, что обеспечить всех нуждающихся в них за государственный счет мы просто не можем.

Таблица 1

Необходимость оплачивать лечение из средств системы здравоохранения: результаты опроса участников школы-совещания Форумлярного комитета, 2003 г.

ЗАБОЛЕВАНИЕ	Категории пациентов, которые должны быть обеспечены необходимым лечением в полном объеме (число ответов, %)					Затруднились ответить
	ДА, все	ДА, только молодые	ДА, только пожилые	ДА, те, кому повезет	НЕТ	
Сердечная недостаточность средней тяжести	69	7	7	1	10	6
Сердечная недостаточность начальная	61	8	4	2	17	7
Среднетяжелая стенокардия	70	3	6	2	11	8
Медикаментозное лечение нарушений липидного обмена	45	8	6	5	28	8
Аортокоронарное шунтирование и медикаментозная профилактика ретромбоза	64	13	4	5	10	5
Гипертония средней тяжести	65	5	6	1	16	8

На самом деле, дороговизна статинов слегка преувеличена. Судя по ценам отдельных лекарств в аптеках Москвы (табл. 2), курс лечения в зависимости от дозы и препарата в среднем обойдется в 3600 — 18 000 руб. в год. 18 000 — это, конечно, много, но 3600 выглядит вполне конкурентоспособно по сравнению с другими современными препаратами для лечения болезней системы кровообращения.

Однако конкурировать статинам приходится не только с другими лекарствами. Если в поисковой системе Rambler поискать средства для профилактики и лечения атеросклероза, то в первую десятку статины не войдут. Вам рекомендуют БАД Тяньши, препарат Синтэй, лазеротерапию, КВЧ-терапию, магнитотерапию, игло-рефлексотерапию, пиявки, гемосорбцию, а также целую народную аптечку (одуванчик, солодка, шалфей, пырей, боярышник, зверобой, спорыш, софора японская, валериана, пустырник и др.)¹.

Вот это — лучшие, безвредные средства, а лекарства череваты множеством побочных эффектов.

Вспомним основную концепцию экономики: деньги, потраченные на что-то одно, всегда можно потратить на что-

нибудь другое (это концепция упущенных возможностей или альтернативных издержек). Если 14 млн льготников в течение года будут получать по 1 пузырьку корвалола по 4,50 руб. в месяц (756 млн руб. в год), то альтернативная стоимость такой терапии: 90 000 человек — пролеченных зокором. Нам решать: корвалол или зокор. На деньги, потраченные в прошлом году в системе ДЛО на предуктал можно было в несколько раз увеличить число онкологических пациентов, получающих современную терапию. Но мы не привыкли так мыслить. Нам кажется, пусть дадут деньги хоть на что-нибудь, все на благо. Не наше это дело, распределять средства, наше дело — требовать денег, чтобы каждому по потребностям.

Надо отметить, что не каждая система здравоохранения может себе позволить проплачивать статины в полном объеме. На фоне всеобщего хора о безусловной их фармакоэкономической целесообразности пробиваются голоса сомневающиеся. Так, в Японии посчитали, что применение правастатина 20 мг в сут обходится в 2,4—120 млн яп. иен на QALY в зависимости от степени риска и заключили: не целесообразно для лиц с низкой степенью риска (*International Journal of Cardiology* 2005; 104(2): 213-223). В целом на этом сходятся многие зарубежные руководства: наиболее целесообразны статины и с клинической, и с клинико-экономической точки зрения у лиц с высоким риском развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Если попробовать грубо оценить с клинико-экономических позиций целесообразность статинов, то получится не столь и дорого. Возьмем исследование 4S (вторичная профилактика): симвастатин 20—40 мг в день, длительность наблюдения 5,4 года, число больных, которых необходимо лечить в течение этого времени для предотвращения 1 случая смерти (NNT) — 30, для предотвращения 1 сердечно-сосудистого события — 11. Таким образом, 1 предотвращенная смерть будет стоить у нас 1,36 млн руб. если исходить из стоимости лечения в месяц 700 руб. (700 руб. × 12 × 5,4 × 30). 1 предотвращенное сердечно-сосудистое событие — и того меньше — 498,9 тыс. руб. (700 × 12 × 5,4 × 11).

Сравнивать нам пока не с чем, своих стандартов, несмотря на всю любовь к фармакоэкономике, мы так и не придумали. Но вспомним, что Форумлярный комитет счел экономически целесообразной актилизе, для которой аналогичный показатель (цена дополнительно сохраненной жизни) по сравнению со стрептокиназой составляет примерно 3,8 млн руб. (актилизе при остром инфаркте миокарда).

Использование статинов может оказаться у нас экономически целесообразным по сравнению с другими уже используемыми технологиями. Но чтобы это узнать, нам надо провести собственные (отечественные) расчеты, опубликовать и обсудить их результаты. Надо рассчитать экономическое «бремя», определить целевые группы (а не брезговать денежными вопросами). Заодно подумать, не нужно ли активнее давать рекомендации по изменению образа жизни, диете? А то как-то странно заедать статинами плотный ужин в стране, где умирающие не могут получить должной помощи по причинам экономического характера. Нам нужны просвещение населения и объективные данные об эквивалентности воспроизведенных препаратов, потому что использование генериков позволит нам лечить больше людей.

И еще. Идущие сверху рекомендации по использованию любых дорогостоящих препаратов неизбежно ставят в регионах вопрос о том, кому этот препарат назначать (явно НЕ ВСЕМ НУЖДАЮЩИМСЯ) — происходит делегирование ответственности. Это требует разработки полноценной формулярной системы, которой по сей день так и нет:

- решения на федеральном уровне — гарантии доступности;
- на региональном — определение показаний, деление на препараты первой и второй линии и т.п.

Если не будет взаимосвязанной и последовательной системы, то каждый так и будет стараться делать вид, что его касается только то, что он делает на своем месте. А все остальные пусть делают, что хотят. Вопрос со статинами просто лишний раз напоминает нам об этом.

ИнтерНьюс

Ранее в нашей газете были опубликованы результаты опроса «Лицо медицины», проводившегося МГНОТ в 2005 году.

В этом году мы продолжили исследование, предлагая респондентам назвать пять наиболее влиятельных людей в здравоохранении и пять наименований лекарственных средств.

Респондентами выступали участники школы-семинара Форумлярного комитета в июне 2006 года: врачи, научные сотрудники, организаторы здравоохранения, провизоры, клинические фармакологи, представители фармацевтических кампаний.

29 респондентов назвали 47 специалистов в различных областях медицины, наиболее часто упоминаемые из которых представлены в таблице (для сравнения приведены результаты опроса участников школы-семинара Форумлярного комитета в июне 2005 года):

Ф.И.О.	Частота упоминания, %	
	2006 г.	2005 г.
Воробьев А.И.	83	59
Зурабов М.Ю.	52	47
Давыдов М.И.	48	6
Хабриев Р.У.	28	39
Шпигель Б.И.	28	25
Чучалин А.Г.	24	37
Чазов Е.И.	24	22
Сулейманов С.Ш.	21	2
Бокерия Л.А.	14	22
Воробьев П.А.	10	18
Кулаков В.И.	10	14
Пальцев М.А.	10	6
Перельман М.И.	7	4
Савельев В.С.	7	4
Белосуов Ю.Б.	7	2
Онищенко Г.Г.	7	2
Рудинский И.Ф.	7	2
Лоран О.Б.	7	—
Стародубцев В.С.	7	—
Покровский В.И.	3	10
Хальфин Р.А.	3	8
Акчурин Р.С.	3	6
Апазов А.Д.	3	6
Насонова В.А.	3	6
Лопаткин Н.А.	3	4
Федоров В.Д.	3	4
Кунгуров И.В.	3	2
Личиницер М.Р.	3	2
Шейман И.М.	3	2
Аляев Ю.Г.	3	—
Баранов А.А.	3	—
Беленков Ю.Н.	3	—
Борисов В.И.	3	—
Гиппократ	3	—
Демидова И.Ю.	3	—
Егоров А.М.	3	—
Медведев В.И.	3	—
Младенцев А.Л.	3	—
Мухин Н.А.	3	—
Сидоренко Ю.С.	3	—
Тиганов А.С.	3	—
Титова Л.Я.	3	—
Хасанов Р.Ш.	3	—
Цыб А.Ф.	3	—
Якунин В.С.	3	—
Яхно Н.Н.	3	—
Стародубов В.И.	—	22
Рошаль Л.М.	—	20
Баркаган З.С.	—	6
Дедов И.И.	—	6
Прохоров В.А.	—	6
Румянцев А.Г.	—	6
Яковлев В.П.	—	6
Неймарк А.И.	—	4
Потапов А.И.	—	4
Рейхарт Д.В.	—	4

Результаты анкетирования показали, что наиболее популярными (известными) лекарственными средствами являются аспирин, эналаприл, но-шпа. В общей сложности, респондентами названо 140 лекарственных препаратов, наиболее часто упоминаемые из которых представлены в таблице.

Лекарственный препарат	Частота упоминания, %	
	2006 г.	2005 г.
Аспирин	31	38
Эналаприл	21	20
Но-шпа	17	26
Пенициллин	17	10
Анальгин	17	6
Амоксициллин	17	4
Преднизолон	14	14
Беродуал	14	—
Симвастатин	14	—
Гепарин	10	6
Индапамид	10	2
Интерферон	10	—
Меронем	10	4
Панкреатин	10	—
Периндоприл	10	—
Виагра	7	16
Делакин	3	14
Плавикс	3	12

¹ www.rambler.ru; 23 июня 2006 г.

Таблица 2
Цена лекарств в аптеках Москвы*

Препарат	Цена, руб.	
	минимальная	максимальная
Зокор 20 мг №14 (№ 28)	320,0 (547,0)	590,0 (1470,54)
Симвагексал 20 мг № 30	260,0	378,0
Симвакард 20 мг № 28	278,6	441,81
Липостат 20 мг № 10 2	79,0	628,81
Вазилип 20 мг № 14	268,0	427,1
Аторис 20 мг № 30	375,0	1560,0

* На 23 июня 2006 г.

ИнтерНьюс

Скоро спать мы перестанем

Современное общество бодрствует почти круглосуточно: Интернет, виртуальное общение, ночные передачи по телевизору. Такой ритм жизни наносит вред здоровью. Наш организм не в состоянии приспособиться к дефициту сна. Каждому человеку требуется свое количество сна. Одному достаточно вздремнуть несколько часов. Другой, если не поспит десять часов, чувствует себя ужасно. Все же большинству людей необходимо спать ежедневно 7—9 часов.

Недостаток сна повышает риск заболеваний, включая рак, стенокардию, сахарный диабет и ожирение. У людей, лишенных сна, в крови содержится повышенное количество медиаторов воспаления. Исследования людей, работающих ночью, показали, что они особенно подвержены раку груди и кишечника. Генетически человеческий организм запрограммирован на то, чтобы бодрствовать ночью только в двух случаях: когда нужно искать пищу или защищаться от опасности. Чтобы запастись энергией в этих случаях, нужно много есть. Вот поэтому недосыпающий современный человек часто оказывается ночью у холодильника.

Источник:
www.mosmedclinic.ru

Уточняем прогноз у больных стабильной стенокардией

Современные данные о клинических исходах и прогностических факторах при стабильной стенокардии получены, главным образом, из данных рандомизированных испытаний, т. е. основаны на высокоселективных популяциях участников. Международный коллектив исследователей Европейского Наблюдения за стабильной стенокардией (the Euro heart survey of stable angina) — проспективного обсервационного когортного исследования, решил выявить ключевые прогностические факторы риска смерти и инфаркта миокарда и создать на их основе простую прогностическую модель. С марта по декабрь 2002 г. в 156 центрах 34 стран Европы в исследовании было включено 3779 пациентов с диагнозом стабильная стенокардия, впервые поставленным кардиологом. Исключались больные с нестабильной стенокардией, перенесенным в течение года инфарктом миокарда, предшествующей реваскуляризацией миокарда, другой, нежели коронарная патология, причиной стенокардии. Данные наблюдения (медиана 13 месяцев) получены у 3031 участника. Средний возраст популяции составил 61 год, 58% были мужчинами. Большинство пациентов имели умеренные симптомы стенокардии (в 88% случаев — I—II ФК) в течение года до консультации кардиолога (74%). Только у 1,7% больных стенокардия возникла в течение месяца до включения в исследование. В 33% случаев коронарная патология была подтверждена данными коронароангиографии, в 16% — результатами неинвазивных тестов. У 17% участников коронароангиография или неинвазивные тесты не проводились, либо были неинформативными. В 34% случаев результаты исследований оказались отрицательными.

В течение наблюдения в популяции в целом частота смерти и инфаркта миокарда достигла уровня 2,3 на 100 пациентов в год. У лиц с подтвержденной по данным коронароангиографии коронарной патологией она была значительно выше (3,9/100 пациенто-лет), чем у больных с отрицательными или положительными неинвазивными тестами, но сопоставимой с уровнем смерти/инфаркта миокарда у пациентов без проведенного или незавершенного обследования (4,1/100 пациенто-лет).

Популяция низкого риска (частота смерти или инфаркта миокарда <0,5%) может быть определена в результате отрицательных инструментальных исследований (коронароангиография или стресс-тесты). Напротив, у лиц с невыполненными или неинформативными исследованиями, а также с подтвержденной коронароангиографией коронарной болезни, риск плохого прогноза высокий (около 4%). Разработанная прогностическая модель, включившая наиболее важные предикторы риска, позволяет оценить годичную вероятность неблагоприятного события у пациента с клиническим диагнозом стабильная стенокардия.

Источник:
BMJ. Feb. 4, 2006; 332; 262-267

Предпосылки. В стране сформировалась децентрализованная система здравоохранения, где нет ни подчиненности, ни подотчетности медицинских организаций, ни по вертикали, ни по горизонтали. Законодательно разделены 2 уровня медицинской помощи:

- первичная,
- специализированная

Третий уровень — высокотехнологичная (дорогостоящая) медицинская помощь — не определена с законодательной точки зрения. При этом и у специалистов нет четкого понимания — какая помощь — что есть. На практике государственно финансируемая медицинская помощь делится на:

- муниципально-финансируемую,
- субъектово-финансируемую,
- федерально-финансируемую.

На всех уровнях медицинская помощь частично финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Дополнительно везде платят больные и добровольное медицинское страхование (ДМС). При этом ОМС не компенсирует затраты ДМС и наоборот, хотя все граждане имеют право получить оплату по ОМС, в этом случае ДМС должно только доплачивать за более комфортный уровень помощи. Однако, софинансирования нет, нередко идет просто двойная оплата. Например, больной оплачивает и стент, и его установку, при этом одновременно медицинская организация получает деньги и через ОМС (зарботная плата и лекарства) и от бюджета (здания и коммунальные расходы). Население платит системе здравоохранения в 1,5—2 раза больше, чем государство.

Главные специалисты Минздравсоцразвития — номинальные должности, они не имеют ни задач, ни полномочий. Региональные главные специалисты назначаются региональным Минздравом и не имеют вертикальной связи с федеральными, часто это чиновники местных Минздравов (как правило «освобожденный» главный терапевт, хирург, педиатр и акушер-гинеколог). Число главных специалистов в 2005 г. на федеральном уровне сократилось почти в 2 раза. Они назначаются согласно перечню «специальностей», а не потребностям пациентов (актуальные проблемы медицины). Главный специалист не отвечает за деятельность специалистов данного профиля в стране, у него нет ни штата для «аналитики», ни возможности собирать и обрабатывать информацию, заниматься методической работой.

В системе здравоохранения нет ни общественного признания компетенции, ни общественной оценки качества (это вопросы неразвивающейся системы аккредитации медицинских организаций и частнопрактикующих врачей), нет профессиональной преемственности и ответственности. Формирование профессиональной среды, ответственной за качество медицинской помощи, находится в зачаточном состоянии.

Принципы создания профессиональных служб

- Общедоступность своевременной качественной медицинской помощи, включающей современные высокоэффективные технологии
- Справедливость в получении медицинской помощи
- Однозначность и конкретизация государственных гарантий объемов медицинской помощи за счет консолидированных средств государства на основе стандартов
- Паритетность значимости медицинских технологий с учетом доказательств эффективности: профилактика в одном случае, реабилитация в другом случае, лечение в третьем случае
- Рациональное использование ресурсов: доказательства эффективности, клинико-экономический анализ на всех уровнях, включая деятельность медицинских организаций и медицинского персонала
- Применение системного подхода в создании и функционировании здравоохранения, обеспечение преемственности на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи
- Свобода выбора больным врача, медицинской организации — формирование конкурентной среды
- Сочетание экономической и моральной мотивации медицинского персонала
- Деньги за больным, оплата с учетом результативности и качества медицинской помощи

Основные положения концепции создания профессиональных служб

Формируемая в настоящее время система оказания медицинской помощи в России с учетом перераспределения полномочий между муниципальным здравоохранением, здравоохранением субъекта Федерации и федеральным уровнем должна включать пирамидальную систему профессиональных служб. Необходимость создания конкретной службы определяется только сочетанием следующих признаков:

- наибольшей актуальностью проблемы — социальная и научно-медицинская значимость
- возможностью преемственности в оказании медицинской помощи пациенту снизу доверху
- наличием высокоэффективной технологии, способной существенно изменить судьбу пациентов, повсеместное распространение которой сдерживается высокой ее стоимостью (пожалуй, это главный, определяющий признак службы).

Таковыми службами могут стать:

1. служба ангиологии и сосудистой хирургии
2. служба гемо- и перитонеального диализа
3. служба перинатологической хирургической помощи
4. служба кардиохирургии
5. служба кардиореанимации и коронарной хирургии
6. служба нейрореабилитации
7. служба нейрохирургии
8. служба онкологии
9. служба интенсивной гематологии
10. служба травматологии
11. служба ортопедии
12. служба трансплантации органов
13. служба клинической и производственной трансфузиологии
14. служба клинической фармакологии
15. служба патанатомии и патогистологии
16. сестринская служба
17. служба скорой помощи и санитарной авиации
18. служба управления качеством медицинской помощи и т. д.

КАК НАМ РЕОРГАНИЗОВАТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ (тезисы выступления на школе-семинаре Формулярного комитета 27.06—01.07 2006)

П.А. Воробьев

На вершине пирамиды — НИИ (скорее всего — РАМН) по профилю и главный специалист службы, значимый РАМН или совместно РАМН и федеральным органом управления здравоохранения. В каждом субъекте Федерации должны быть уполномоченные службы (главные специалисты службы), назначаемые главным специалистом службы (или руководством РАМН и федеральным органом управления здравоохранения), по согласованию с самим специалистом, и с административными органами исполнительной власти соответствующего уровня. Необходимы положения о главных специалистах всех уровней. Его главное качество — профессионализм, признанная коллегами компетенция. Дополнительным, важным элементом такой системы должны стать профессиональные общественные организации.

Взаимодействие сверху вниз должно осуществляться через стандарты (протоколы ведения больных), рекомендации по использованию препаратов, формуляры, индикаторы качества, образовательные программы, консультативную помощь, в том числе — телемедицинскую, правила и порядок оказания помощи при необходимости использования высокоспециализированных методов.

Взаимодействие снизу вверх включает в себя отчетность статистическую и по индикаторам качества, оценку потребности в высокоспециализированных методах, проведение скрининга, отбора больных, внедрение современных технологий (стандарты, протоколы) от уровня первичной медицинской помощи до специализированной.

Экономика службы. Построение служб должно являться элементом национального проекта «Здоровье». Под службу можно выделять деньги из федерального бюджета на федеральную медицинскую организацию для приобретения и распределения в службе дорогостоящих лекарств, медицинской техники и изделий медицинского назначения, материального стимулирования персонала службы, на квоты по оказанию высокоспециализированной помощи в федеральных клиниках, подготовку специалистов службы к работе с новыми технологиями. Например, рационально было бы распределять диагностическое оборудование в первичное звено, имея службу клинической лабораторной диагностики. Служба финансируется также за счет средств ОМС и регионального бюджета (и субъектового и муниципального) — заработная плата, коммунальные услуги, содержание и ремонт зданий и сооружений, текущие расходы на медицинскую помощь. Возможно формирование подразделений службы в ведомственных системах здравоохранения, в частных медицинских организациях на договорной основе с финансированием из соответствующих источников.

Этапы создания профессиональных служб

1. Выбирается группа болезней, представляющих серьезную социальную проблему, которую предполагается решить применением современных высокоэффективных технологий.
2. Экспертами РАМН с участием специалистов практического здравоохранения рассматривается актуальное функциональное направление для создания службы: профилактика, диагностика, лечение, реабилитация.
3. Проводится оценка ситуации с учетом многоканальности финансирования и разделения муниципальной, субъектовой и федеральной зон ответственности:

Позиция	Оценка состояния	Программа изменений
3.1. Ресурсы		
Кадровые		
Материальные		
Финансовые		
3.2. Технологии		
Медицинские		
Организационные		
3.3. Результаты		
Групповые		
Индивидуальные		
Региональные		
По службе		

4. В процессе анализа формируются конкретные цели и задачи службы, создается план мероприятий, определяются ожидаемые результаты.

5. Создаются протоколы ведения больных, стандарты медицинской помощи, иные регламентирующие деятельность службы документы, формируются тарифы, рассчитываются необходимые объемы финансирования, разрабатываются индикаторы качества, учетно-отчетные формы.

РЕВОЛЮЦИЯ

Школы-семинара Форумного комитета «Медицинские технологии в системе управления качеством»

24 июня—1 июля 2006 года

На пленарных и секционном заседаниях, круглом столе присутствовали 67 человек, представляющих 14 регионов Российской Федерации: врачи, провизоры, научные работники, представители органов исполнительной власти, руководители здравоохранения и медицинских организаций, директора НИИ и главные специалисты, производители и дистрибьюторы лекарственных средств, главные редакторы и члены редакционных коллегий средств массовой информации и научных медицинских изданий.

За истекший после открытого заседания и школы-семинара Форумного комитета в 2005 г. год были в основном реализованы поставленные задачи:

- Сформирован и опубликован во 2-м издании Справочника лекарственных средств Форумного комитета (2006) Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Форумного комитета,
- Сформирован и опубликован во 2-м издании Справочника лекарственных средств Форумного комитета (2006) Перечень редко применяющихся «сиротских» медицинских технологий Форумного комитета,
- Издан приказ Минздравсоцразвития о порядке ввоза и применения редко применяемых, в том числе — не зарегистрированных в стране лекарств.
- Сформирован и опубликован во 2-м издании Справочника лекарственных средств Форумного комитета (2006) Негативный Перечень медицинских технологий,
- Сформирован на основе анализа 249 стандартов оказания высокотехнологичной медицинской помощи и опубликован во 2-м издании Справочника лекарственных средств Форумного комитета (2006) Перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях стационара (больничный формуляр), включающий 601 международное непатентованное наименование,
- Разработаны и апробированы правила и процедуры формирования перечисленных документов,
- Утверждены методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития, на стадии утверждения находится национальный стандарт по созданию Протоколов ведения больных
- Минздравсоцразвития утверждено более 260 стандартов высокотехнологической медицинской помощи, в разработке которых активное участие принимали эксперты Форумного комитета, в том числе — по приоритетным направлениям, выбранным Форумным комитетом: опухолевой группе заболеваний, артериальной гипертонии, коронарной патологии, катаракте, патологии тазобедренного сустава, сосудистых поражениях нижних конечностей, ревматоидном артрите и др.
- Начаты работы по созданию стандартов специализированной медицинской помощи, скорой медицинской помощи, актуализации стандартов амбулаторно-поликлинической помощи.
- С 1-го июля 2006 г. в соответствии с принятым за истекший год законом прекращается реклама в средствах массовой информации медицинских технологий, биологических добавок,
- Справочник лекарственных средств Форумного комитета находится в открытом доступе в Интернете на сайте Общества фармакоэкономических исследований [www/tspro.ru](http://tspro.ru), имеется электронная версия справочника, распространяемая на CD; бесплатные экземпляры справочника поступили во все органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Форумный комитет констатирует, что, в условиях острой необходимости переломить ситуацию с заболеваемостью и смертностью населения России, ведущую к его вымиранию и, несмотря на появившиеся в последнее время положительные тенденции, остается крайне низкой доступность современных высокоэффективных медицинских технологий. Проводящиеся в отрасли преобразования в значительной мере ориентированы на дополнительные финансовые вливания без коренных изменений сложившейся за последние годы ситуации. Вызывают опасение высокий процент отказавшихся на 2006 г. от дополнительного лекарственного обеспечения граждан, включая страдающих тяжелыми, но курируемыми заболеваниями, уход врачей-специалистов в первичное звено, широкомасштабные поставки оборудования, на котором некому работать и т. д.

Форумный комитет по-прежнему видит своей основной целью формирование научного отношения к рациональному выбору и использованию медицинских технологий, к обеспечению качества медицинской помощи.

Форумный комитет считает, что Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, а также Перечень лекарственных средств, действующий в рамках

программы ДЛО 2006 года, содержат значительное количество лекарственных средств с недоказанной эффективностью и нецелесообразных с позиции клинико-экономического анализа. Некоторые препараты с недоказанной эффективностью являются ресурсоемкими, отказ от их финансирования в рамках государственных программ позволит значительно повысить доступность современных высокоэффективных лекарств без дополнительных затрат.

Продолжает вызывать озабоченность ситуация с производством отечественных лекарственных средств. В стране практически не производится субстанции лекарств, затраты на закупку субстанций соотносятся с затратами на закупку готовых лекарственных форм для фасовки как 20/80. Подавляющее большинство отечественных производителей фасуют таблетки, а не производят лекарства. В России практически отсутствует производство современных высокоэффективных жизненно необходимых лекарственных средств, включая вакцины, сыворотки, иммуноглобулины, а денежные средства, выделяемые на развитие отечественной фармацевтической промышленности, расходуются неэффективно. Следует считать целесообразным, на основании строгой научной, экономической экспертной оценки, выделение специальных грантов на производство жизненно необходимых высокоэффективных отечественных лекарственных средств (субстанций), с последующим контролем за целевым расходованием денежных средств, к примеру, в рамках государственной программы «Здоровье». Российской академии медицинских наук необходимо взять на себя координирующую роль по научному обоснованию развития отечественной фармацевтической промышленности, создав список наиболее актуальных для производства лекарств и субстанций.

Выход в свет в июне 2006 года 2-го издания Справочника лекарственных средств Форумного комитета является закономерным продолжением работы Комитета в области рационализации фармакотерапии. По сравнению с предыдущим Справочником, в новом, увеличилось количество формулярных статей (сформирована новая группа диагностических средств), внесены коррективы в ранее написанные формулярные статьи, добавлены данные по эффективности, клинико-экономическим характеристикам, лекарственных средств появились перечисленные выше перечни. Необходимо продолжить работу по актуализации Справочника, а также обеспечить его бесплатную рассылку в регионы. Рекомендовано использовать опыт работы Форумного комитета для совершенствования преподавания вопросов рациональной фармакотерапии, для этого предусмотреть издание справочника лекарственных средств Форумного комитета (совместно с Проблемной комиссией по клинической фармакологии) для студентов ВУЗов и врачей терапевтов, внедрив идеологию непрерывного накопления и обновления информации о лекарственных препаратах.

Следует провести реформу в сфере регистрации лекарственных средств, изделий медицинского назначения, вакцин, сывороток, реагентов и тест-систем, биологически активных добавок к пище: необходим единый орган по регистрации вышеназванных продуктов, оптимизация правил регистрации с четким разделением на регистрацию продуктов соприкасающихся с человеком и оказывающих на него непосредственное влияние и продуктов, не имеющих контакта с человеком и воздействующих на него лишь косвенно, прекратить регистрацию субстанций лекарственных средств или предусмотреть заявительный характер их регистрации.

Необходимо продолжить работы по классификации продуктов, связанных с влиянием на заболевание человека — наряду с лекарствами, компонентами крови следует классифицировать изделия медицинского назначения, компоненты диетического питания, диагностические средства и тест-системы.

В системе дополнительного лекарственного обеспечения, как ранее в региональных системах льготного обеспечения, имеется нерациональное расходование средств на препараты, не обладающие эффективностью. Только исключение из перечня лекарств с недоказанной эффективностью (таких как церебролизин, ноотропил и т. д.) позволит сэкономить до 20% средств в системе. Необходимо срочное введение референтных цен (цен предельного возмещения за лекарство), которое позволит оптимизировать расходы бюджета на лекарства, уменьшить коррупционную составляющую в системе дополнительного лекарственного обеспечения, связанную с преимущественными закупками более дорогих аналогов вместо более дешевых, будет способствовать развитию отечественной фармацевтической промышленности.

ИнтерНьюс

Антибиотики при стабильной коронарной болезни сердца не только неэффективны, но и вредны

Воспаление играет важную роль в патогенезе коронарной болезни сердца. Есть мнение, что *Chlamydia pneumoniae*, может провоцировать прогрессирование атеросклероза или развитие острого коронарного синдрома. В ряде небольших работ показана способность макролидов вызывать эрадикацию хламидийной инфекции и оказывать положительный эффект на клинические исходы. Но в недавно опубликованных крупных рандомизированных испытаниях и мета-анализах, посвященных антибиотикотерапии при коронарной болезни, долговременной эффективности такого лечения не отмечено.

Вот результаты испытания эффективности кларитромицина, которое было проведено в 5 кардиологических центрах Копенгагена (Дания) с использованием централизованной рандомизации и «ослеплением» всех частей и фаз исследования. В августе 1999 г. были выявлены все живые пациенты, которые в 1993—99 гг. были выписаны из клиник Копенгагена с диагнозами инфаркт миокарда и стенокардии, а также процедурами реваскуляризации миокарда ($n = 13702$). Исключались больные с острым коронарным синдромом в течение предыдущих 3 месяцев или с реваскуляризацией в течение 6 месяцев, тяжелой сердечной, почечной или печеночной недостаточностью или с сопутствующей патологией в терминальной стадии, а также принимающие ряд препаратов, увеличивающих побочные действия макролидов и, в частности, удлиняющих интервал QT.

Включено 4373 пациента: 2172 группы вмешательства (прием кларитромицина по 500 мг один раз в сутки в течение 2 недель), и 2201 группы плацебо.

Терапия антибиотиком привела к увеличению смертности от любой причины (9,8% против 7,8% в контроле) за счет повышения риска сердечно-сосудистой смерти (5,1% против 3,5% в контроле). Короткий курс кларитромицина у больных стабильной стенокардией возможно увеличивает долговременный риск сердечно-сосудистой смерти. Это, по мнению авторов, тем более вероятно, что при объединении ими данных крупных длительных испытаний (PROVE-IT, ACES и CLARICOR) антибиотикотерапия оставалась связанной с повышенным риском смертности. Авторы полагают, что связь между способностями макролидов блокировать калиевые каналы и провоцировать желудочковые нарушения ритма с данными, полученными в настоящем испытании, маловероятна, поскольку различий в событиях между группами в течение первого месяца наблюдения отмечено не было. Тем не менее, безопасность использования кларитромицина при коронарной болезни требует дальнейших исследований.

Источник:

BMJ. Jan. 7, 2006; 332: 22-27

Не надо деланных улыбок!

Психологи из университета Франкфурта на Майне (Johann Wolfgang Goethe-Universität) во главе с профессором Д. Запфом пришли к выводу, что «поддельное дружелюбие» приводит к депрессии, стрессу и снижению иммунитета. Человек, постоянно подавляющий свои истинные чувства, должен знать, что это может иметь негативные последствия для его здоровья. Проблемы возникают, когда человек должен делать это в течение длительного периода, как, например, стюардессы во время долгих перелетов. Они нуждаются в отдельном пространстве, подальше от пассажиров, где они могут дать волю эмоциям, «выпустить пар».

Во время эксперимента студентов поделили на две группы и «устроили на работу» в воображаемый информационный центр. Первой группе было разрешено защищаться от грубых клиентов (то есть, огрызаться), в то время как другая группа должна была оставаться вежливой и «дружественной» всегда.

В результате у тех, кто противостоял клиентам, было зафиксировано учащенное сердцебиение в течение коротких периодов, тогда как у «вежливых» людей сердце еще долго вырывалось из груди после того, как клиент повесил трубку. Всего же в исследовании приняло участие около 4 тысяч человек, включая стюардесс, продавцов-консультантов, сиделок и другой обслуживающий персонал. Вывод, сделанный психологами, звучит так: «дружелюбие против желания ничего кроме стресса не приносит».

Источник:

www.membrana.ru

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Газета Вестник МГНОТ с № 1 2006 года приступила к публикации стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ, которые рекомендовано использовать при оказании медицинской помощи.

Эти стандарты мало доступны врачам.

В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И.М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10.

Частота предоставления услуги или частота назначения лекарственного средства в стандарте отражает вероятность выполнения медицинской работы (услуги) или применения лекарственного средства на 100 человек и может принимать значение от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную услугу. Цифры менее 1 означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам, а при наличии соответствующих показаний и возможности оказания подобной услуги в конкретном учреждении. Среднее количество отражает кратность оказания услуги каждому пациенту.

Ориентировочная дневная доза (ОДД) определяет примерную суточную дозу лекарственного средства, а

эквивалентная курсовая доза (ЭКД) лекарственного средства равна количеству дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Разработчики: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Каторина Е.П., Мадьянова В.В., Ходунова А.А., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др.

Стандарты писались на основе экспертного мнения о применении определенных услуг и лекарств при определенном заболевании. При этом, очевидно, стандарты могут содержать малоиспользуемые технологии и лекарства, часть необходимых лекарств может отсутствовать. В связи с этим важно было бы выслушать мнения врачей, единственная просьба — обосновывать свои мнения доказательствами эффективности, а не ссылками на «общеупотребительность» или «так принято».

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые

Нозологическая форма: инсульт

(предположительно идиопатическая) эпилепсия и эпилептические синдромы

Код по МКБ-10: I64

Фаза: все фазы заболевания

Стадия: все стадии заболевания

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 236

1.2. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЗ РАСЧЕТА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
B04.023.01	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-невролога	1	6
B04.023.02	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	1	6
B05.023.01	Услуги по реабилитации больного, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	1	6
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или плазме	0,1	6

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			0,8		
	<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>				
		Ацетилсалициловая кислота	1	325 мг	58 500 мг
Средства, влияющие на свертывающую систему крови			0,2		
	<i>Антиагреганты</i>		0,5		
		Клопидогрел	0,1	75 мг	13 500 мг
		Тиклопедин	0,4	250 мг	45 000 мг
	<i>Антикоагулянты</i>		0,1		
		Вафарин	1	5 мг	900 мг
Анестетики, миорелаксанты			0,01		
	<i>Миорелаксанты</i>		1		
		Ботулинический токсин	1	100 ЕД	100 ЕД
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,25		
	<i>Антидепрессанты и средства нормотического действия</i>		1		
		Флуоксетин	1	20 мг	1 200 мг
Средства, влияющие на центральную нервную систему			0,2		
	<i>Прочие</i>		1		
		Церебролизин	1	1,076 г (5 мл)	21,52 г (10 мл)

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

Книги издательства
«НЬЮДИАМЕД»
можно приобрести:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru

Как получить нашу газету? **БЕСПЛАТНО!**

Заполните купон, и газета будет приходить к Вам. В газете публикуются материалы, статьи по важнейшим вопросам современной медицины, исторические очерки, прямая речь выдающихся врачей современности, информация о работе общества (расписания Пленарных заседаний, различных секций и приглашения для участия в секциях), отчеты о пленарных и секционных заседаниях.

Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях — московских докторов, а также врачах из других регионов:

МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ			
Ф.И.О.	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	Место работы	Должность
Контактный телефон:	E-mail:		

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.
Газета высылается **БЕСПЛАТНО**



Сопредседатели секции:

- Беленков Ю.Н.,
член-корр. РАН, академик РАМН,
д.м.н., профессор
- Сандриков В.А.,
член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
- Глезер М.Г.,
д.м.н., профессор

Программа заседания:

1. Круглый стол
2. Обсуждения
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А
Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход
3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра)
или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

История медицины знает немало фактов, когда злейшие враги человека и очень опасные для его жизни ядовитые вещества (токсины) использовались для лечения различных заболеваний. Препарат «Ботокс» — ботулинический токсин, вырабатываемый возбудителем ботулизма *Clostridium botulinum* — применяется в медицине уже более 20 лет, и с каждым годом медики обнаруживают все большее число сфер его использования. Механизм действия «Ботокса» состоит в прерывании связи между нервом и мышцей, в результате чего, не получая управляющих сигналов, мышца перестает работать. Ботулинический токсин, введенный непосредственно в большую мышцу, изменяет степень ее напряжения. Для этого применяют сильно разведенный токсин, который оказывает только местное действие. При инъекции препарата происходит блокада нервных окончаний в зоне введения и, соответственно, блокада патологических импульсов, вызывающих спазм.

ограничивается окологлазничной областью, что также является серьезным косметическим дефектом. При спастической кривошее асимметричное напряжение мышц шеи влечет за собой формирование стойкого изменения положения головы. В таких случаях инъекция ботулотоксина позволяет устранить асимметричность мышечного напряжения и вернуть правильную установку головы.

Больные с описанной патологией сильно ограничены в выборе профессии и круга общения, что заметно снижает качество их жизни. У некоторых больных детским церебральным параличом насильственные движения развиты настолько грубо, что не позволяют им говорить, самостоятельно передвигаться, принимать пищу без посторонней помощи.

При некоторых наследственных и приобретенных заболеваниях отмечается повышенное напряжение мышц, прежде всего в ногах, причем настолько выраженное, что препятствует нормальному передвижению. При спастических формах

детского церебрального паралича, например, для восстановления искаженной нарушенным мышечным тонусом конфигурации конечности приходится прибегать к сложным хирургическим вмешательствам.

Многочисленными клиническими испытаниями была доказана эффективность инъекций препарата «Ботокс» как метода устранения локальной спастичности после инсульта, черепно-мозговой травмы, при рассеянном склерозе и других заболеваниях головного и спинного мозга.

В настоящее время препарат ботулинического токсина типа А используют и врачи-урологи при расстройствах мочеиспускания.

Показанием для применения инъекций «Ботокса» являются также такие заболевания, как миофасциальные болевые синдромы (головная боль напряжения, синдром «замороженного плеча», «теннисный локоть» и др.).

Во всех рассмотренных случаях традиционные воздействия не всегда приводят к полному успеху. Большое число больных остаются наедине со своим недугом и даже теряют веру в возможности медицины. Применение «Ботокса» позволяет существенно уменьшить их страдания. Больные с лицевыми спазмами и другими видами фокальных (ограниченных) дистоний получают возможность жить полноценной жизнью, у детей с церебральными параличами в ряде случаев удается избежать весьма травматичных хирургических вмешательств.

Таким образом, применение «Ботокса» оказывает реальную помощь тогда, когда другие методы лечения неэффективны или небезопасны.

Препарат «Ботокс» является торговой маркой и названием патентованного фармацевтического продукта компании Allergan. «Ботокс» официально зарегистрирован в МЗСР РФ и прошел сертификацию в Государственном научно-исследовательском институте стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л.А. Тарасевича.

Алла Смолякова,
фармаколог

— эффективность лечения
— уверенность в себе
— качество жизни

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР
КОМПАНИИ «АЛЛЕРГАН» —
ЗАО «ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ»

115093, Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 60
Тел.: +7 (495) 236-0228, 236-8093
Факс: +7 (495) 236-4596
e-mail: info@botox.ru, www.botox.ru

Сферы применения

<p>Спастика Вследствие инсульта, черепно-мозговой травмы, рассеянного склероза и других заболеваний головного и спинного мозга</p> <p>Фокальные дистонии Блефароспазм. Оро-мандибулярная дистония. Цервикальная дистония (спастическая кривошея)</p> <p>Детский церебральный паралич (ДЦП) Спастические и дистонические формы</p>	<p>Локальная мышечная гиперактивность Гемифациальный спазм, контрактура мимических мышц, тики, тремор головы, конечностей, голосовых связок</p> <p>Болевые синдромы Миофасциальные болевые синдромы, головные боли напряжения, мигрень</p> <p>Другие возможные области применения Гиперфункциональные морщины, асимметрия лица. Локальный гипергидроз. Урология</p>
--	--

С января 2005 г. Ботокс® входит в перечень лекарственных средств, отпускаемых бесплатно по рецептам врачей для тех категорий граждан, которые имеют право на получение государственной социальной помощи.

По вопросам приобретения препарата Ботокс® и обучения врачей методикам лечения обращайтесь в ЗАО «Здоровье семьи» по тел.: +7 (495) 236-0228, 236-8093, факс: +7 (495) 236-4596.

Первоначально «Ботокс» был применен в 1981 г. для коррекции косоглазия. За прошедшее с этого момента время препарат стал незаменимым в практике работы врачей-неврологов, а также косметологов, которые с помощью инъекций за счет ослабления мимической активности добиваются избавления от морщин.

Неврологов привлекала возможность избирательного «выключения» произвольных сокращающихся или устойчиво спазмированных мышц при таких заболеваниях, как детский церебральный паралич, гемифациальный спазм, спастическая кривошея и при некоторых других видах насильственных движений (гиперкинезы).

При гемифациальном спазме за счет приступообразного напряжения мускулатуры лицо грубо искажается гримасой, что причиняет больным неисчислимы страдания, поскольку такие спазмы невозможно контролировать усилием воли, они могут возникнуть произвольно и в самый неподходящий момент. При блефароспазме процесс

Сопредседатели секции:

- Савенков М.П.,
д.м.н., профессор, кардиолог
- Парфенов В.А.,
д.м.н., профессор, невролог

Программа заседания:

1. Основные доклады
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсоров

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А
Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход
3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра)
или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

Сопредседатели секции:

- Ноников В.Е.,
д.м.н., профессор,
заместитель главного терапевта ГУЗ УДП
- Богомолов Б.П.,
член-корр. РАМН, профессор,
заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

Программа заседания:

1. Основной доклад
2. Выступления оппонентов
3. Доклад спонсора

Заседание пройдет по адресу: Москва, Ленинский проспект, д. 32-А
Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход
3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра)
или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

Приглашение**«Сердце
диабетика»**

26 октября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение**«Перемежающаяся
хромота:
ограничения для хирургии
перспективы для терапии»**

12 октября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Приглашение**«Аллергия,
иммунитет
и частые
респираторные
инфекции»**

12 сентября 2006 года
Начало в 17.00
Вход по приглашениям

Место проведения: Центральный Дом Ученых РАН
Ул. Пречистенка, 16. Проезд: М. «Кропоткинская»

Начало работы Конференции
2 октября 2006 в 10.00 Начало регистрации - 8.30

Организаторы Конференции:
Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Межрегиональная общественная организация «Научное медицинское общество геронтологов и гериатров»
Информационные спонсоры:
Журналы «Клиническая геронтология»
«Проблемы стандартизации в здравоохранении»
Газета «Вестник Московского городского научного общества терапевтов»
«Московский доктор»

Подробная информация на сайте www.zdrav.net

**СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА**

2-е издание 2006 год
Под редакцией профессора П.А. Воробьева
Издательство «НьюДиамед»

Содержит формулярные статьи на 446 лекарственных средств, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

- Включает 6 Перечней лекарственных средств:
- Перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в условиях стационара (стационарный формуляр);
 - Негативный перечень медицинских технологий Формулярного комитета;
 - Перечень редко применяемых («сиротских») медицинских технологий Формулярного комитета;
 - Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета;
 - Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств 2006 г.;
 - Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи 2006 г.

Формулярные статьи лекарственных средств содержат информацию по их эффективности, безопасности, а также результаты фармакоэкономических исследований, правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала.

Информация о применении лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании.

Справочник лекарственных средств Формулярного комитета полезен при составлении формуляров регионов, медицинских организаций; врачам, провизорам, фармацевтам в их повседневной практической деятельности.

**СПРАВОЧНИК
ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ
ФОРМУЛЯРНОГО
КОМИТЕТА**
2006 год

Мировой стандарт в современной
антикоагулянтной терапии

**ВАРФАРИН
НИКОМЕД**

Лечение и профилактика
тромбозов и эмболии

www.warfarin.ru • www.nycomed.ru

**SCHWARZ
PHARMA**

SCHWARZ PHARMA AG
Россия, Москва, ул. Усачева 33/2, стр. 5
Тел. +7 495 9330282
Факс +7 495 9330283
www.schwarzpharma.com
www.medi.ru

ВАЗОНИТ® 600 мг ретард

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»)

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Годин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженев, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шпектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии

Телефон (095)118-7474, e-mail: mtpndm@do1.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (495) 729-97-38

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна. За рекламную информацию редакция ответственности не несет.