



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Июль 2007

№ 14 (55)

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Фармаконадзор, или контроль безопасности лекарств — это новое направление клинической фармакологии, которое возникло в последние годы и бурно развивается во всём мире. Согласно определению ВОЗ, фармаконадзор — это наука и деятельность, направленные на выявление, оценку и предупреждение неблагоприятных побочных реакций (НПР) или любых других возможных проблем, связанных с лекарственными средствами.

В свое время в СССР функции фармаконадзора выполнял Всесоюзный центр по изучению побочных действий лекарств (ВЦПДЛ). Относительно неплохо была поставлена информационная и образовательная работа. Этот центр издавал специальный реферативный журнал, он так и назывался «Побочное действие лекарственных веществ». Журнал распространялся бесплатно практически по всем медицинским учреждениям страны. В основном в нем, конечно, публиковались сообщения из других стран, но и это было важно: если своя система не работает, то нужно хотя бы знать, что делается в мире: ограничения в показаниях к применению, внесение в инструкции сведений о новых побочных эффектах, информация о запретах применения лекарственных препаратов в медицинской практике и т. д.

Другой важный раздел работы службы фармаконадзора — сбор и анализ информации о побочных действиях лекарств. Центр обеспечивал поступление от врачей 1000—1500 сообщений в год. Но с развалом СССР Центр исчез. Когда правопреемником Минздрава СССР стал российский Минздрав, подобной структуры не организовали. И если врач не читал зарубежных журналов, а у нас большинство их не читали и не читают, то он оказывался в информационном вакууме.

В 1994 году по инициативе нашей кафедры общей и клинической фармакологии Российского университета дружбы народов был создан Международный фонд по изучению эффективности и безопасности лекарств. Фонд стал издавать бюллетень «Безопасность лекарств», в нем опять в основном были сообщения и рефераты из зарубежных журналов. Средства у фонда были ограничены, в основном все держалось на энтузиазме. Главным редактором и главным энтузиастом была доцент нашей кафедры Алла Васильевна Астахова, которая практически одна готовила этот бюллетень — переводила статьи и делала всю необходимую работу по подготовке выпусков. Первые номера бюллетеня печатались на машинке и степлером скреплялись его страницы. Затем бюллетени рассылались в центральные НИИ и в органы управления здравоохранения регионов для дальнейшего распространения среди врачей. В связи с большим спросом на такого рода информацию со стороны врачей, министерство стало оплачивать выпуск этого бюллетеня. Он приобрел серьезный вид, стал насыщенной, тираж возрос до 10 тысяч.

Хотя у нас больше 600 тысяч врачей. К сожалению, через некоторое время финансирование прекратилось, и подготовкой и изданием его продолжают заниматься энтузиасты на общественных началах.

Регулярно мы публикуем формы извещений о неблагоприятных побочных реакциях на лекарственные средства, с призывом к докторам сообщать об осложнениях фармакотерапии. В 1997 г. (тоже по инициативе нашей кафедры) Минздрав России издал приказ об организации на базе кафедры Федерального центра по изучению побочных действий лекарств, я был назначен директором. Было дано указание руководителям региональных

органов управления здравоохранением создать у себя региональные центры. Это было в апреле 1997, а уже к концу 1997 г. нам удалось создать в стране основу этой службы (более 20 региональных центров). Федеральный центр был создан на функциональной основе, то есть никакого финансирования от Минздрава не получил — финансы на текущий год уже были распределены. И опять все легло на плечи энтузиастов.

Сообщения, которые мы получали, обрабатывались, заносились в базу данных и анализировались. Наиболее интересные и важные из них отправлялись в Центр ВОЗ по мониторингу лекарственных средств в Швецию (Упсала), так как в декабре того же 1997 г. ВОЗ, оценив положительно деятельность Федерального центра, официально включила

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

За первые 5 лет, когда я работал в штаб-квартире ВОЗ, в России сменилось 5 министров здравоохранения. Новый министр — новая команда, все заново, всем не до побочных эффектов лекарств.

центр в маленькую лабораторию в одном из отделов Института доклинической и клинической экспертизы лекарств. Практически Федеральный центр был уничтожен, и его значимость как организатора и координатора соответствующей работы в стране была утрачена. В то же время некоторые региональные центры, по крайней мере, часть их, функционируют и по сей день.

Будучи заместителем генерального директора ВОЗ, я курировал лекарственные департаменты и департамент медицинских технологий. В фармацевтический департамент входил как раз

Центр ВОЗ по мониторингу лекарственных средств, и было ужасно стыдно и обидно, что поступающие в ВОЗ сообщения о реакциях из России измерялись не десятками тысяч, как из развитых стран, а десятками: когда-то было 39, когда-то 18 сообщений в год. По определению ВОЗ, «золотым стандартом» в оценке деятельности службы фармаконадзора является 200—300 сообщений на 10 миллионов населения, и это с учетом того, что только около 10% врачей присылают сообщения об осложнениях фармакотерапии у пациентов. Ну, а у нас должно быть сообщений не меньше 60 000. А было в прошлом году 400, в позапрошлом меньше — 200. За рубежом участвуют в этой работе не только врачи, но и фармпроизводители, дистрибьюторы, фармацевты, медицинские сестры и даже пациенты.

К сожалению, Минздрав РФ не уделял должного внимания фармаконадзору многие годы. За первые 5 лет, когда я работал в штаб-квартире ВОЗ, в России сменилось 5 министров здравоохранения. Новый министр — новая команда, все заново, всем не до побочных эффектов лекарств.

Еще одна проблема в области фармаконадзора — нет специалистов. Как известно, кадры решают все. Этим должны заниматься профессионалы, а у нас этой работе нигде не обучают. Определенная роль в повышении эффективности контроля безопасности лекарственных средств сыграл приказ Минздрава РФ о введении должности клинического фармаколога в больших больницах, где началась работа по выявлению, профилактике, лечению побочных эффектов лекарственных средств. На сегодня ситуация парадоксальная — в отдельных регионах работа ведется, а федерального центра нет. Мы продолжаем своими силами делать всё, что возможно, и в первую очередь стараемся обеспечить выход в свет журнала «Безопасность лекарств и фармаконадзор», и издаём его за счёт средств кафедры очень небольшим тиражом.

Пусковым механизмом создания служб фармаконадзора и пострегистрационного наблюдения за безопасностью лекарств явилась талидамидовая трагедия. Десятки тысяч беременных применяли препарат талидомид в качестве седативного, снотворного, противорвотного средства, в результате чего у них рождались дети с тяжкими врожденными уродствами. Связь приёма препарата с этими тяжелейшими осложнениями была выявлена спустя несколько лет применения талидомида в медицинской практике. Вначале развитие уродств у плода связывали с вирусным заболеванием, экологически

ми проблемами и т. д. Распознать причинно-следственную связь «лекарство—реакция» непросто, а в условиях полипрагмазии вообще затруднительно.

Необходимость проведения работы по контролю безопасности лекарств понимают все: и врачи, и организаторы здравоохранения, но на практике функционирование службы фармаконадзора не обеспечивается. А ведь речь идет о спасении здоровья и жизни тысяч людей. Профилактика побочных эффектов возможна, только если мы своевременно получаем о них информацию.

...в основном все держалось на энтузиазме. Главным редактором и главным энтузиастом была доцент нашей кафедры Алла Васильевна Астахова, которая практически одна готовила этот бюллетень...

ФАРМАКОНАДЗОР: есть ли он в России?

Член-корреспондент РАМН профессор
Лепехин Владимир Константинович



Россию в международную программу по контролю безопасности лекарств. На тот момент в этот центр стекалась информация о реакциях из 47 стран. Наша страна стала 48-м членом этой программы, за нами присоединился Китай.

Для нашей страны появилась возможность пользоваться базой данных ВОЗ, в которой уже тогда было более 3 млн сообщений о НПР, а также установить рабочие контакты с национальными центрами контроля безопасности лекарств почти полусотни стран.

В апреле 1998 г. Минздрав и МИД РФ направили меня на работу в штаб-квартиру ВОЗ, где я был назначен заместителем генерального директора. А здесь в России провели реорганизацию: Федеральный центр переименовали в научно-практический центр, но финансирования все равно не выделили, а на следующий год сделали еще одну реорганизацию и превратили

Для нашей страны появилась возможность пользоваться базой данных ВОЗ, в которой уже тогда было более 3 млн сообщений о НПР, а также установить рабочие контакты с национальными центрами контроля безопасности лекарств почти полусотни стран.

...у нас должно быть сообщений не меньше 60 000. А было в прошлом году 400, в позапрошлом меньше — 200.

ИнТерНьюс

Для инсульта критичны первые часы

Американская кардиологическая ассоциация и Американская ассоциация инсульта выпустили новые рекомендации по лечению острого ишемического инсульта. Акцент сделан на помощи в первые часы от развития инсульта — критическое время, когда определяется исход заболевания. В новые рекомендации включена информация для населения по первым симптомам инсульта, а также принципы взаимодействия службы скорой медицинской помощи и стационаров. В частности, пациентов рекомендуется госпитализировать в клиники со специализированными инсультными отделениями, даже если для этого понадобится больше времени на транспортировку. Основным элементом терапии острого ишемического инсульта остается внутривенное введение тканевого активатора плазминогена (ТАП). При невозможности внутривенного введения допустимо интраартериальное назначение ТАП. Устройства для механического удаления эмбола, хотя и одобренные FDA, пока что не имеют достаточной доказательной базы, демонстрирующей их преимущества по сравнению с медикаментозной терапией. Компьютерная томография остается предпочтительным диагностическим методом, хотя магнитно-ядерный резонанс имеет ряд преимуществ, обсуждаемых в новых рекомендациях. Также затрагиваются вопросы агрессивного контроля гликемии, контроля артериального давления и паллиативной помощи при инсульте.

Источник: Stroke 2007; 38: 1655-711

Патология печени у пожилых должна составлять тщательнее титровать дозы гипотензивных препаратов

Доктором Л.Б. Лазебником у пожилых пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с болезнями органов пищеварения (стеатоз и цирроз печени, язвенная болезнь) исследованы фармакокинетические и фармакодинамические параметры гипотензивных препаратов: ингибитора АПФ эналаприла и β-адреноблокатора метопролола. У пациентов с патологией печени обнаружены выраженные нарушения этих показателей, что необходимо учитывать при лечении у них артериальной гипертензии: увеличивать суточную дозу эналаприла, чтобы обеспечить необходимый гипотензивный эффект, и снижать дозу метопролола во избежание кумуляции и побочного действия.

Источник: Клиническая геронтология № 1, 2007

Японцы перестали заниматься сексом

На фоне постоянно падающей рождаемости население Японии установило еще один рекорд: по данным последнего исследования, почти 40% жителей страны ни разу не занимались сексом за последний месяц. Это на 5% больше по сравнению с данными такого же опроса 2-летней давности. Среди людей, состоящих в браке, этот показатель оказался лишь немногим меньше — около 34,6%. По мнению эксперта в области семейного планирования доктора Кунио Китамуры, причиной воздержания японцев от секса являются стресс и повышенные нагрузки на работе, а также постепенное отмирание навыков реального общения, ставшего ненужным из-за бурного развития Интернет-коммуникаций. В прошлом году Япония заняла последнее место по уровню сексуального удовлетворения населения по результатам масштабного исследования, проводившегося сотрудниками Университета Чикаго в 29 странах мира. Лишь четверть опрошенных японцев заявили о том, что довольны своей сексуальной жизнью. Годом ранее исследование, проведенное по заказу производителя презервативов Durex, показало, что японцы занимаются сексом в среднем 45 раз в год — что более чем в два раза меньше среднего показателя по планете — 103 раза в год.

Источник: www.pir.ru

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

1 июня в Стамбуле состоялась очередная встреча участников проекта «Инновации в здравоохранении» из Словакии, Польши, Турции и России. Обсуждалось состояние онкологической помощи в странах-участницах проекта и доступность современных технологий диагностики и лечения злокачественных новообразований. Согласно сложившемуся порядку, эксперты выступали с короткими презентациями, в которых рассказывали об эпидемиологии рака в своей стране, распространенности факторов риска, доступности ранней диагностики и качественного лечения.

Эксперты в области здравоохранения встретились снова!

М. Авксентьева

Злокачественные новообразования являются важной проблемой во всех странах-участницах проекта, занимая 2–3-е места в структуре общей смертности. Уровни смертности от рака высоки, и факторы риска, в первую очередь курение, широко распространены. В отличие от стран Западной Европы, борьба с курением в странах-участницах проекта в основном не носит систематического и последовательного характера. Эксперты из Турции, России и Польши отметили проблемы с регистрацией заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, которые не позволяют получить точных данных о значимости проблемы. Имеются проблемы и с реализацией программ скрининга, а в Турции, например, такие программы вообще отсутствуют.

В последние годы появились новые лекарственные средства (так называемая таргетная терапия), которые улучшают прогноз больных со злокачественными опухолями различных локализаций. Однако эти препараты дорого стоят, в связи с чем их доступность ограничена. Из стран-участниц проектов только в Словакии онкологические больные полу-

чают необходимое лечение без ограничений (что формирует значительную нагрузку на бюджет), в остальных трех странах доступность инновационных средств снижена, при этом точно оценить объем, качество и стоимость лечения очень сложно. Решения по распределению бюджета не являются прозрачными. Эксперт из Польши привел наглядный пример подобных решений, показав, что 90% средств утвержденной программы борьбы с раком направлено на одну конкретную организацию, что не является обоснованным.

Эксперты пришли к заключению о необходимости широкого обсуждения проблем, связанных с доступностью качественной помощи онкологическим больным, использованию клиникоэкономических методов анализа при принятии решений об оплате конкретных технологических диагностики и лечения из средств системы здравоохранения.



Святая София, отсюда пошло христианство на Руси



Участники проекта



Результаты работы, как и на предыдущем этапе, должны быть оформлены в виде статей и опубликованы в одном из международных медицинских журналов.

Темой для третьего года проекта выбрано психическое здоровье.

Уважаемые коллеги!

Мы публикуем письма Исполняющего обязанности директора ФОМС Д.В. Рейхарта и Руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Н.В. Юргеля к Генеральному директору Ассоциации Российских Фармацевтических производителей Л.В. Титовой в ответ на запрос последней.

Письма освещают позиции этих двух ведомств в отношении содержания Резолюции Президиума Форумного комитета РАМН от 16.03.2007.

В письме Росздравнадзора содержится тезис о возможной фальсификации Резолюции. Не очень понятно, на чем он основан, ведь Росздравнадзор получает официально эту Резолюцию. Кроме того, Резолюция была опубликована в № 10 (51) за 2007 год газеты «Вестник МГНП» и на официальной странице Форумного комитета в сети Интернет (<http://www.rspor.ru>).

В Резолюции речь идет не о Перечне ЖНВЛС (чиновники перепутали), а о перечне редкоприменяемых (сиротских) технологий, лекарственных препаратах, не зарегистрированных в стране из-за редкости применения. Он формируется на основе торговых наименований, согласно соответствующему Положению. Порядок ввоза лекарственных препаратов, не зарегистрированных в РФ, определен в Приказе Минздравсоцразвития № 494 от 9 августа 2005 г. «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям» — и там, естественно, не имеется указаний об использовании МНН.

Согласно правилам делопроизводства в стране, Резолюции не подписываются, а протоколы заверяются секретарем.

Кроме того, обращаем внимание ассоциации, что Форумный комитет последовательно и много лет призывает развивать отечественную фармпромышленность, но не за счет производства препаратов с сомнительной ценностью, а за счет антибиотиков, цитостатиков, гормонов, вакцин и других жизненно необходимых нашему населению лекарств.

Заместитель Председателя
Форумного комитета РАМН
профессор П.А. Воробьев

Генеральному директору Ассоциации
Российских Фармацевтических производителей
Л.В. Титовой

Уважаемая Лилия Викторовна!

В ответ на Ваше письмо от 27.04.2007 за № 84 «О резолюции Форумного комитета РАМН» хотел бы сообщить следующее.

Позиция Федерального фонда обязательного медицинского страхования по поводу расширения участия российских производителей в программе ДЛЮ Вам хорошо известна и не претерпевала изменений.

Предложения, изложенные в Резолюции заседания Президиума Форумного комитета РАМН, имеют исключительно рекомендательный характер и во многом не совпадают с нашим мнением. Однако нельзя отрицать, что высказанное мнение вызвано желанием улучшить состояние с лекарственным обеспечением нашего населения и не является направленным против отечественных фармацевтических производителей, продукция которых зачастую является результатом творческой деятельности членов самой РАМН.

Сегодняшняя сложная ситуация, сложившаяся в процессе реализации программы оказания отдельным категориям граждан социальной помощи по обеспечению лекарственными средствами, вызывает у многих озабоченность. Мы признательны всем, кто высказывает свои предложения по совершенствованию программы и повышению её эффективности.

Форумный комитет РАМН не является организацией, которой мы вправе что-либо запрещать или давать официальные оценки их деятельности.

И. о. директора ФОМС Д.В. Рейхарт

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития было рассмотрено обращение АРФП по поводу рассылки от имени Форумного комитета РАМН Резолюции заседания от 16.03.2007.

Целиком разделяя высказанное мнение по поводу рассылки в лечебно-профилактические учреждения резолюции, хотелось бы обратить внимание на ряд фактов:

Продолжение на стр. 3

Начало на стр. 2

1. Предложение об исключении из приказа Минздравсоцразвития России от 18.09.2006 № 665 «Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи», на взгляд специалистов Формулярного комитета, устаревших препаратов с недоказанной эффективностью (церебролизин, триметазидин, хондроитина сульфат, винпоцетин, пирасетам, фенотропил, арбидол, римантадин, валидол, инозин, валокордин) является мнением общественной организации, которое она вправе высказывать.

2. Указанные в п. 1 препараты, на наш взгляд, в большинстве своем действительно не имеют убедительных данных об их эффективности, а кроме того, вовсе не ущемляют интересы отечественных производителей (лишь арбидол и фенотропил являются отечественными оригинальными разработками).

3. Предложения увеличить финансирование программы обеспечения населения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС), ввести систему референтных цен на лекарственные средства с элементами соплатежей, снизить величину торговых надбавок для участников торгово-проводящей сети и увязать их размеры с реальными затратами на дистрибуцию, ввести более жесткий контроль за обоснованностью выписки рецептов, исключить из перечня ОНЛС

препараты безрецептурного отпуска, формировать перечень ОНЛС с использованием данных по клинико-фармакологической эффективности и фармакоэкономике в настоящее время широко обсуждаются и, вероятно, часть из этих предложений будет принята.

Вместе с тем вызывает сомнение сам факт рассылки Формулярным комитетом РАМН подобной резолюции (написана не на бланке, не имеет подписи, содержит большое число фактических ошибок, которые не могли быть допущены высококвалифицированными специалистами, входящими в состав Формулярного комитета РАМН). Помимо бросающегося в глаза большого количества опечаток в написании препаратов, среди лекарственных средств, рекомендованных для включения в перечень ЖНВЛС Формулярного комитета (есть еще перечень ЖНВЛС, утверждаемый постановлением Правительства Российской Федерации по рекомендации Минздравсоцразвития России), включены незарегистрированные препараты (пропранолол — раствор для инъекций 1 мг; молсидомин и квиналаприлат — раствор в ампулах), вместо МНН используются торговые названия препаратов (актилизе, бревиблок). Все вышесказанное не позволяет исключить факт рассылки частично или полностью фальсифицированной резолюции и тем более не позволяет Росздравнадзору оценивать «правомерность действий» общественной организации под названием «Формулярный комитет РАМН».

Приложение: копия резолюции на 3 стр.

Руководитель Федеральной службы
Н.В. Юргель

ПРОТОКОЛЫ МГНОТ

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ от 26.10.2006 г.

Сопредседатели секции:

член-корр. РАН, акад. РАМН, проф. Ю.Н. Беленков;
член-корр. РАМН проф. В.А. Сандриков; проф. М.Г. Глезер.

Постоянный оппонент проф. П.А. Воробьев

Секретарь: к. м. н. Л.А. Положенкова

Повестка дня: «Сердце диабетика»

1. Проф. А.А. Александров (руководитель отделения кардиологии ЭНЦ РАМН), открыв заседание, сразу перешел к докладу: «Диабетическое сердце: время ответов?» В докладе обсуждаются вопросы, касающиеся сердечно-сосудистой патологии у больных сахарным диабетом. Дана эпидемиология сахарного диабета (в России около 8 млн больных, в основном это диабет II типа). Изложены особенности клинического течения и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом. Осложнения сердечно-сосудистых заболеваний и смертность у них выше, чем в общей популяции в 2 раза, причем женщины страдают чаще. Подчеркнуто, что из осложнений в основном преобладает сердечная недостаточность. Каждый третий больной с сердечной недостаточностью — это больной с сахарным диабетом. Далее в докладе изложена схема развития «диабетического сердца», перечислены причины (атеросклероз коронарных артерий, разрушение атеросклеротической бляшки (у больных сахарным диабетом их в 4–5 раз больше, чем в общей популяции), гипергликемия, инсулинрезистентность, гиперлипидемия и т. д.). Изложены принципы терапии сердечной недостаточности при сахарном диабете. Сахарный диабет всегда протекает с нарушением липидного обмена, который проявляется у них не гиперхолестеринемией, а гипертриглицеридемией и низким содержанием ХС ЛВП, в связи с чем им показано назначение фибратов. Фибраты снижают триглицериды и повышают ХС ЛВП плазмы у больных сахарным диабетом. При лечении сердечной недостаточности обращается внимание на состояние микроциркуляции миокарда (определяется методом позитронно-эмиссионной томографии), коронарный кровосток (коронарный резерв при диабете II типа на 37% ниже), также необходим постоянный контроль артериального давления (сахарному диабету почти всегда сопутствует артериальная гипертензия). Если лечение сахарного диабета проводить с учетом этих факторов, то осложнения сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом возникают в 2–3 раза реже. Принципы лечения сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом в основном такие же, как и без него, однако есть некоторые особенности. Из группы β-блокаторов показаны только селективные, иАПФ могут увеличивать риск развития гипогликемии, антиагреганты и статины также необходимы. Все эти препараты у больных сахарным диабетом сочетаются и назначаются вместе с сахароснижающими средствами (инсу-



лин, сульфаниламидные, метформин). Метформин очень эффективен, но его можно назначать больным без признаков сердечной недостаточности. При некомпенсированном сахарном диабете и развитии осложнений сердечно-сосудистых заболеваний сахар снижать необходимо любым способом, но следует помнить, что перевод больного на инсулин ситуацию не улучшает. При необходимости хирургического лечения (ангиопластика, АКШ и др.) сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом его использовать следует, но прогноз в таких случаях хуже. Сахарный диабет — противопоказание для пересадки сердца.

Вопросы к докладчику:

— Какой препарат из β-блокаторов Вы используете в своей практике?

Ответ: Чаще всего атенолол.

— Как проявляется гипогликемия у больных диабетом при приеме иАПФ?

Ответ: Гипогликемия в таких случаях проявляется не «дрожью в теле», а приступами стенокардии, мерцательной аритмии, нарушением сознания и об этом больных следует предупреждать.

2. Марценко А.В. (менеджер, компания «Мерк Шарп и Доум»).

«Нуждается ли сердце диабетика в мощной защите?»

В докладе обсуждается необходимость назначения статинов больным сахарным диабетом. Это продиктовано тем, что сахарный диабет всегда протекает с нарушениями липидного обмена и 2/3 больных сахарным диабетом страдают и умирают от осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Обосновала необходимость назначения статинов, при этом предпочтение отдавалось зокору. Зокор нормализует не только липидный обмен, но и углеводный, снижая риск развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом на 33%.

Вопросы к докладчику:

— Цена на статины будет снижаться?

Ответ: Да, цена на зокор будет снижаться с ноября 2006 года.

— Как часто зокор дает нежелательные побочные эффекты?

Ответ: В 4,8%, есть сведения, что аспирин в 500 раз опаснее зокора.

3. Доц. Борщевская М.В. (кафедра клинической функциональной диагностики РГМУ).

«Применение препарата небилет при сахарном диабете и метаболическом синдроме».

В докладе обсуждается и обосновывается необходимость назначения препарата небилет при сахарном диабете и метаболическом синдроме. Небилет — суперселективный β-адреноблокатор, обеспечивает коррекцию дисфункции эндотелия, способствует гемодинамической разгрузке сердца (за счет артерио- и венодилатации) и улучшению коронарного кровотока, обладает антигипертензивным, антитромбоцитарным и протективным эффектом. Небилет не влияет на углеводный и липидный обмен, вот почему он с хорошим эффектом используется для лечения сердечно-сосудистых заболеваний и предупреждения возможных осложнений у больных сахарным диабетом и метаболическим синдромом.

В заключение проф. А.А. Александров поблагодарил докладчиков и всех присутствующих за активное участие в проведении заседания.

ИнтерНьюс

Гастропротективный эффект эзомепразола при лечении целекоксибом

Ученые из Китайского Университета Гонконга провели первое рандомизированное проспективное двойное слепое исследование гастропротективной эффективности монотерапии ингибитором ЦОГ-2 целекоксибом в сравнении с его комбинацией с эзомепразолом у больных с недавним индуцированным нестероидными противовоспалительными средствами язвенным кровотечением.

Для исследования отбирались больные с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в анамнезе. Пациентам проводилось лечение по поводу язвы желудка или 12-перстной кишки. После заживления язвы пациенты включались в исследование. Все участники испытания, продолжавшегося 12 месяцев, получали по 200 мг целекоксиба 2 раза в сутки. Кроме того, они были рандомизированы на прием 20 мг эзомепразола в сутки или плацебо. Первичной конечной точкой испытания был рецидив язвенного кровотечения, определенного как рвота с кровью или мелена в сочетании с эндоскопически подтвержденными кровоточащими изъязвлениями или эрозиями, или снижением гемоглобина не менее 20 г/л в сочетании с теми же эндоскопическими доказательствами.

В испытание было включено 273 пациента (137 в группу комбинированной терапии и 136 в контрольную группу). Средний возраст популяции составил 71 год, около половины больных были мужчинами, 86% страдали остеоартрозом. Источниками кровотечения в 58% случаев были язвы желудка, в 35% — язвы 12-перстной кишки, в остальных случаях — сочетанные гастродуоденальные поражения.

Среднее время наблюдения составило 13 месяцев. Приверженность терапии была высокой: 94% в группе комбинированной терапии и 93% в контроле. 16% и 15% пациентов соответственно начали профилактический прием аспирина в низкой дозе. За время испытания было зафиксировано 12 случаев рецидивов язвенных кровотечений, и все — в группе монотерапии. У 9 пациентов отмечено снижение гемоглобина больше чем на 20 г/л, у 4 потребовалось эндоскопическое лечение, у 9 — гемотрансфузии. 10 источников кровотечения совпали с предшествующей локализацией кровоточащих изъязвлений.

Источник: МедМир

Посмотри мне в глаза!

Сенат Южной Каролины одобрил законопроект, согласно которому женщины, желающие прервать беременность, должны будут в обязательном порядке увидеть УЗИ плода перед аборт. Проект нового закона, поддержанный губернатором штата республиканцем Марком Сэндфордом, был принят большинством в 91 голос против 23. Законодатели также отвергли поправку, согласно которой от процедуры предлагалось освободить жертв изнасилования и инцеста. В некоторых штатах пациенткам перед аборт предлагают посмотреть на плод при помощи УЗИ, однако только в Южной Каролине такая процедура может стать обязательной. Оппоненты рассматривают новый закон как попытку запугать женщин, и так вынужденных принимать мучительное и болезненное решение. Три государственные клиники штата, проводящие аборты, уже проводят ультразвуковые обследования плода перед прерыванием беременности за счет пациенток. Согласно закону об информированном согласии, принятому в 1994 году, как минимум за час до прерывания беременности врач должен рассказать женщине о приблизительном возрасте и состоянии эмбриона, а также напомнить ей о возможных альтернативных решениях.

Источник:
solway-pharma.ru

ИнтерНьюс

Католики против аборт

Власти Мехико узаконили искусственное прерывание беременности: городской совет проголосовал за легализацию абортов. Решение законодателей вызвало бурю критики в стране, где 90% населения — католики. Дело в том, что в Мексике аборты запрещены. Их разрешается делать только в исключительных случаях: если женщина забеременела в результате изнасилования, если существует угроза для жизни матери или же врачи обнаруживают признаки серьезных дефектов зародыша. Согласно принятому законопроекту теперь в столице Мексики искусственное прерывание беременности разрешено будет делать в течение первых 12 недель. Кампания в поддержку легализации абортов продолжалась в стране несколько лет. Сторонники отмены запрета мотивировали свою позицию тем, что ежегодно в Мексике проводится около 200 тысяч нелегальных абортов. Зачастую операции проводят непрофессионалы в антисанитарных условиях, из-за чего погибает в среднем 1,5 тысячи женщин в год. Против легализации выступала церковь. На прошлой неделе папа римский Бенедикт XVI направил мексиканским священникам письмо, в котором выразил им свою поддержку. Местные епископы в свою очередь пообещали отлучать от церкви тех прихожан, которые поддержат новый закон. Накануне голосования на улицы Мехико вышли тысячи противников нового законопроекта. Среди них, кстати, была жена президента страны Фелипе Кальдерона. Позицию церкви поддержал и сам глава государства, тоже католик. Стоит отметить, что столичные законодатели не впервые принимают спорные решения, которые вызывают негативную реакцию общественности. В прошлом году городской совет Мехико проголосовал за легализацию однополых браков. Теперь же обсуждается возможность разрешения эвтаназии. В феврале этого года референдум по вопросу отмены уголовного наказания за аборты прошел в Португалии. Правда, из-за низкой явки он был признан несостоявшимся. Тем не менее премьер-министр Португалии Жозе Сокрытеш заявил, что намерен вынести этот вопрос на обсуждение парламента, где его партия обладает большинством. В странах ЕС полный запрет на аборты действует только на Мальте. В Польше, Испании, Ирландии и Португалии существуют ограничительные правила: сделать аборт можно в случае, если есть угроза жизни матери, есть серьезные нарушения в развитии плода или беременность наступила в результате изнасилования. В остальных странах Евросоюза аборты разрешены только в течение определенного срока. Например, в Италии, Бельгии и Германии — в первые 12 недель, а в Англии и Японии этот срок составляет 24 недели с момента зачатия. В США аборты узаконили еще в 1973 году. В большинстве стран Латинской Америки и Африки прервать беременность можно только при угрозе жизни и здоровью женщины. Исключения составляют Куба, Гайана и Пуэрто-Рико — там никаких ограничений не существует. Запреты на искусственное прерывание беременности действуют в Объединенных Арабских Эмиратах, Афганистане, Анголе, Египте, Папуа-Новой Гвинее и Непале. Российское законодательство об абортах — одно из самых либеральных в мире. Прервать беременность без объяснения причин у нас можно в первые 12 недель. После этого срока аборт разрешен по медицинским, а также социальным показаниям.

Источник:
По материалам СМИ

Доктор О. Решетько с коллегами проведен фармакоэкономический анализ различных пероральных сахароснижающих препаратов для лечения сахарного диабета типа 2

Использовались методы «затраты—эффективность» и «затраты—полезность», данные об эффективности и стоимости собирали в рандомизированном открытом исследовании, включавшем 120 больных. Оптимальным соотношением эффективности и стоимости обладал микрокристаллический манилин.

Источник:
Проблемы стандартизации в здравоохранении № 3, 2007

Персонализированная медицина, о которой так много говорят, что это — модное увлечение или перспективное прикладное направление? Безусловно, достижением современной фармакотерапии является внедряемая в клиническую практику методология медицины доказательств, которая декларирует принятие врачом решения, основанного на результатах лучших рандомизированных контролируемых исследований. Медицина доказательств способна определять стратегию применения лекарственных средств при тех или иных заболеваниях, что отражается в соответствующих клинических рекомендациях и стандартах. Однако для достижения успеха нужно выбрать правильно не только стратегию (лечить болезнь), но и тактику применения лекарств у конкретного пациента (лечить болезнь у больного).

С тактикой как раз проблемы. Как мы выбираем дозу лекарственного средства или лекарственной группы: методом «проб и ошибок» или на глазок. Могут возразить: «позвольте, ну мы же учитываем при выборе дозы возраст, рост, массу тела, уровень креатинина и т. д.». Но в большинстве случаев это только слова. Достаточно вспомнить, что нас учили в институте, как рассчитывать дозу дигоксина или эуфиллина в зависимости от этих показателей, и как часто врач применяет эти формулы в своей практике?

Не говоря уже о том, что крайне редко врачи используют подбор дозы лекарственного средства с помощью изучения его концентрации в плазме крови (т. н. терапевтический лекарственный мониторинг). Некомпетентны врачи в области фармакокинетики, до сих пор отсутствуют стандарты проведения фармакокинетических исследований. Разработан терапевтический лекарственный мониторинг не более чем для десятка лекарственных средств, многие из которых редко применяются.

Нередко врачи выбирают лекарство и определяют дозы, руководствуясь не индивидуальными характеристиками больного, а под влиянием промоционных акций фармацевтической компании. Чем же оборачивается подобная, совсем не индивидуализированная тактика применения лекарственных средств? — Недостаточной эффективностью, развитием нежелательных реакций.

Кризис индивидуализации фармакотерапии налицо!

На помощь может прийти наука: молекулярная медицина. Активно разрабатываются технологии, позволяющие индивидуализировать выбор лекарств и режимов их дозирования, прогноз их эффективности и безопасности, до начала их применения. Этот подход получил название «персонализированной медицины». В основе технологий персонализированной медицины чаще всего лежат генетические исследования: изучение генетических особенностей отдельного человека, изменений в определенных генах (генетический полиморфизм). Другим инструментом персонализированной медицины становится изучение биомаркеров — анализ определенных белков в крови, позволяющий прогнозировать развитие или течение тех или иных заболеваний. Технология анализа биомаркеров находится только в самом начале своего развития.

Персонализированная медицина позволяет индивидуализировать не только лечение, но и профилактику. Выявляя у

людей определенные генетические полиморфизмы, предрасполагающие к развитию тех или иных заболеваний (а исследованием по выявлению ассоциаций между генетическими полиморфизмами и заболеваниями выполнено очень много), можно разработать персонализированный план профилактических мероприятий (частота осмотров специалистами, скрининговых тестов и процедур и т. д.) и профилактических рекомендаций (диета, физические упражнения) для конкретного человека. Персонализированная медицина открывает возможности перехода от тотальной диспансеризации — дорогостоящей, но эффективности которой оставляет желать лучшего, — к целенаправленной профилактике.

Лечебное направление персонализированной медицины представлено клинической фармакогенетикой, которая зани-

мается изучением влиянием генетических особенностей человека на фармакологические эффекты лекарственных средств. И в настоящее время, когда говорят о персонализированной медицине, чаще всего понимают именно фармакогенетический подход к применению лекарственных средств.

В настоящее время число публикаций, посвященных клинической фармакогенетике, растет как снежный ком. В Интернете есть ресурс, на

котором концентрируются результаты фармакогенетических исследований (www.pharmgkb.ru). Однако за рубежом пока единичные фармакогенетические тесты одобрены к применению соответствующими регулирующими органами, а в реальной клинической практике фармакогенетическое тестирование в клинической практике применяется редко. Так, в Австралии и Новой Зеландии в 2005 г. было проведено всего лишь около 1000 таких тестов. При этом наиболее часто используются определение аллельных вариантов генов *TPMT* (чувствительность к меркаптопурину) и *BCHE* (чувствительность к суксаметонию). А определение «медленных» аллельных вариантов генов, кодирующих изоферменты цитохрома P-450 и ацетилтрансферазы, в 2005 г. вообще не применялись ни разу.

В нашей стране подобной статистики нет, но если заглянуть в Интернет, то можно найти несколько коммерческих медицинских центров, которые предлагают фармакогенетическое тестирование. В основном это полиморфизмы генов ферментов биотрансформации, в частности, *CYP2C9* (чувствительность к непрямым антикоагулянтам), *CYP2D6* (чувствительность к антидепрессантам и нейролептикам) и др. В России необходимость фармакогенетического тестирования регламентирована приказом Минздрава еще в 2003 году. Но приказ не выполняется. Попробуем разобраться, почему это так и как переломить сложившуюся ситуацию.

Во-первых, кроме приказа, для того, чтобы использовать фармакогенетическое тестирование в клинической практике, необходимо создать стандарты их проведения, в которых должно быть указано следующее:

- материально-техническая база, правила функционирования фармакогенетической лаборатории;
- для персонализации применения каких лекарственных средств могут быть использованы фармакогенетические тесты и в каких случаях;
- как интерпретировать результаты фармакогенетических тестов, как выбирать лекарственное средство и его дозу в зависимости от результатов теста.

Фармакогенетические тесты, используемые в клинической практике для персонализации фармакотерапии

Лекарственные средства	Показания к применению	Фармакогенетический тест	Рекомендованная тактика
Трастузумаб*	Рак молочной железы	Выявление экспрессии HER2 в опухоли	При выявлении экспрессии HER2 в опухоли показано применение трастузумаба
6-меркаптопурин*	Лимфобластный и миелобластный лейкозы	Выявление «медленных» аллельных вариантов гена <i>TPMT</i>	При выявлении гетерозиготного носительства «медленных» аллельных вариантов показано назначение 6-меркаптопурина в минимальной дозе (50 мг/м ² /сутки); при выявлении гомозиготного носительства — воздержаться от применения 6-меркаптопурина.
Тиоридазин*	Шизофрения, маниакально-депрессивный психоз	Выявление «медленных» аллельных вариантов гена <i>CYP2D6</i>	Выявление «медленных» аллельных вариантов является противопоказанием для применения тиоридазина
Трициклические антидепрессанты и нейролептики	Депрессии и психозы	Выявление «медленных» аллельных вариантов гена <i>CYP2D6</i>	При выявлении «медленных» аллельных вариантов необходимо начинать применение антидепрессантов и нейролептиков с минимальных доз
Атомoksetин *	Синдром гиперактивности и нарушения внимания у детей	Выявление «медленных» аллельных вариантов гена <i>CYP2D6</i>	При выявлении «медленных» аллельных вариантов: допускается применение атомoksetина только под контролем терапевтического лекарственного мониторинга (концентрация атомoksetина в плазме крови); не допускаются комбинации с пароксетином, флуоксетином, хинидином
Пергексиллина малеат **А	Стенокардия напряжения	Выявление «медленных» аллельных вариантов гена <i>CYP2D6</i>	При выявлении «медленных» аллельных вариантов следует отказаться от применения пергексиллина
Варфарин	Профилактика и лечение тромбозов и тромбоэмболических осложнений	Выявление «медленных» аллельных вариантов генов <i>CYP2C9</i> и <i>VKORC1</i>	Расчет начальной дозы варфарина по специальным формулам
Сукцинилхолин (дитилин)	Миорелаксация при проведении оперативных вмешательств	Выявление «медленных» аллельных вариантов гена <i>BCHE</i>	При выявлении «медленных» аллельных вариантов следует отказаться от применения сукцинилхолина
Сульфасалазин	Ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит	Выявление «медленных» аллельных вариантов гена <i>NAT2</i>	При выявлении «медленных» аллельных вариантов поддерживающая доза сульфасалазина не должна превышать 1,5 г/сутки.

Примечание: * — Фармакогенетический тест одобрен FDA.
** — Фармакогенетический тест применяется только в Австралии и Новой Зеландии.
А — Препарат в России не зарегистрирован.

Продолжение на стр. 10 ➤

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 КОНЪЮНКТИВИТОМ

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: конъюнктивит

Код по МКБ-10: H10, B30

Фаза: острая

Стадия: любая

Осложнение: вне зависимости от осложнений

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Утвержден
приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 13 октября 2006 г. № 704

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	1	1
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	1
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	1
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1	1
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	0,1	1
A02.26.003	Офтальмоскопия	0,1	1
A02.26.004	Визометрия	0,1	1
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,1	1
A02.26.017	Определение дефектов поверхности роговицы	0,1	1
A03.26.001	Биомикроскопия глаза	0,1	1
A08.26.001	Цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы	0,1	1
A08.26.002	Цитологическое исследование отпечатков с конъюнктивы	0,1	1
A08.26.003	МФА с клетками соскоба конъюнктивы	0,001	1
A09.26.001	Микробиологическое исследование глазных структур и жидкостей	0,1	1
A09.26.007	Микроскопия мазков содержимого конъюнктивальной полости	0,2	1
A11.26.001	Биопсия конъюнктивы	0,0001	1
A11.26.009	Получение мазка содержимого конъюнктивальной полости и слезоотводящих путей	0,1	1
A11.26.015	Соскоб конъюнктивы	0,05	1
A12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	0,001	1
A26.26.004	Бактериологическое исследование отделяемого конъюнктивы (слезная жидкость) на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	0,1	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 14 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.26.002	Визуальное исследование глаз	1	2
A01.26.003	Пальпация при патологии глаз	1	2
A02.26.001	Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	0,1	2
A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	0,01	1
A02.26.004	Визометрия	0,01	2
A02.26.013	Определение рефракции с помощью набора пробных линз	0,001	2
A03.26.001	Биомикроскопия глаза	0,01	2
A02.26.016	Кератэстезиометрия	0,001	1
A02.26.017	Определение дефектов поверхности роговицы	0,05	1
A08.26.003	МФА с клетками соскоба конъюнктивы	0,001	1
A09.05.055	Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови	0,0001	1
A09.05.122	Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения	0,0001	1
A09.26.002	Исследование уровня лизоцима в слезе	0,0001	1
A09.26.003	Исследование уровня иммуноглобулинов в слезе	0,0001	1
A09.26.004	Исследование слезы на наличие антигена ВПГ	0,001	1
A09.26.005	Исследование слезы на наличие хламидий	0,001	1
A12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	0,001	1
A09.26.001	Микробиологическое исследование глазных структур и жидкостей	0,1	1
A11.26.009	Получение мазка содержимого конъюнктивальной полости и слезоотводящих путей	0,1	1
A12.06.004	Тест трансформации лимфоцита	0,001	1
A12.06.006	Накожные исследования реакции на аллергены	0,001	1
A12.05.030	Тест дегрануляции базофилов	0,001	1
A26.26.004	Бактериологическое исследование отделяемого конъюнктивы (слезная жидкость) на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	0,1	1
A26.26.012	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого конъюнктивы на вирус простого герпеса (Herpes simplex virus)	0,0001	1
A26.26.013	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого конъюнктивы на аденовирус (Adenovirus)	0,0001	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства для профилактики и лечения инфекций			1		
<i>Антибактериальные средства</i>			1		
		Хлорамфеникол	0,3	2,5 мг	37,5 мг
		Гентамицин	0,4	3,34 мг	50 мг
		Хлорамфеникол + Ролитетрациклин + Коллестиметат натрия	0,25	0,25 мл	2,5 мл
		Ципрофлоксацин	0,3	3,34 мг	50 мг
		Норфлоксацин	0,3	3,34 мг	50 мг
		Тобрамицин	0,4	3,34 мг	50 мг
		Фузидиевая кислота	0,2	11 мг	110 мг
		Эритромицин	0,3	3,34 мг	50 мг
		Сульфациетамид	1	200 мг	3000 мг
<i>Противовирусные средства</i>			0,3		
		Ацикловир	0,2	10 мг	200 мг
		Интерферон альфа	0,3	1000 МЕ	10000 МЕ
		Локферон	0,2	8000 МЕ	80000 МЕ
		Полудан	0,2	7 ЕД	300 ЕД
		Бонафтон	0,1	0,33 мг	2,5 мг
Средства для лечения аллергических реакций			0,2		
<i>Антигистаминные средства</i>			1		
		Кромоглициевая кислота	0,25	40 мг	800 мг
		Лодоксамид	0,25	0,5 мг	10 мг
		Азеластин	0,25	0,2 мг	45 мг
		Левакабастин	0,25	2,5 мг	50 мг
		Лоратадин	0,05	10 мг	70 мг
		Эбастин	0,05	20 мг	140 мг
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			0,2		
<i>Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны</i>			1		
		Дексаметазон	0,8	0,4 мл	5 мл
		Дезонид	0,2	0,5 мг	50 мг
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			0,2		
<i>Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>			1		
		Диклофенак натрия	1	1 мг	10 мг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: гипотиреоз

Код по МКБ-10: E00-E04

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22 ноября 2004 г. № 242

1.1. ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	1
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	1
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A02.12.002	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина	1	1
A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы	1	1
A09.05.064	Исследование свободного тироксина сыворотки (Т-4) крови	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
A09.05.065	Исследование уровня тиреотропина плазмы крови	1	1
A09.05.061	Исследование уровня общего тироксина сыворотки (Т-4) крови	0,5	1
A06.03.030	Исследование антител к тироглобулину	0,1	1
A09.05.043	Исследование уровня креатинкиназы в крови	0,05	1

2.1. ЛЕЧЕНИЕ В РАСЧЕТЕ НА 6 МЕСЯЦЕВ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	1
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	1
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	1
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A02.12.002	Исследование пульса	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A09.05.065	Исследование уровня тиреотропина плазмы крови	1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина	1	1
A25.22.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях желез внутренней секреции	1	1
A09.05.064	Исследование свободного тироксина сыворотки (Т-4) крови	0,5	1
A09.05.061	Исследование уровня общего тироксина сыворотки (Т-4) крови	0,5	1
A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы	0,5	1
A06.03.030	Исследование антител к тироглобулину	0,01	1

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			1		
<i>Тиреоидные гормоны</i>			1		
		Левотироксин натрия	1	100 мкг	18000 мкг
		Лиотиронин	0,5	60 мкг	10800 мкг
<i>Препараты йода</i>			0,3		
		Калия йодид	0,3	100 мкг	18000 мкг

* — анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

** — ориентировочная дневная доза.

*** — эквивалентная курсовая доза.

СТАНДАРТЫ – ЭКОНОМИКА – КАЧЕСТВО

Кто заинтересованно следил (не равнодушно взирал на происходящее) за происходящим в стране после принятия Федерального закона № 184-ФЗ «О техническом регулировании», не мог не заметить инициативы по созданию национальных стандартов в рамках Российской ассоциации трансфузиологов. Преподносимая концепция и первые опубликованные проекты вызвали массу серьезных возражений по принципиальным подходам в реализации возможностей стандартизации в таком важном направлении.

Вместе с тем была поддержана инициатива ряда членов ТК 466 «Медицинские технологии» по формированию в своей структуре подкомитета «Клиническая и производственная трансфузиология» в связи с предстоящим большим объемом работ по созданию и принятию технического регламента по безопасности донорской крови и ее компонентов и обеспечивающих национальных стандартов в данной области. В 2006 г. по согласованию с Ростехрегулированием такой подкомитет был создан на базе Гематологического научного центра Российской Академии Медицинских Наук. В его работе участвует более 20 ведущих организаций страны. Возглавить подкомитет дал согласие академик РАН и РАМН Андрей Иванович Воробьев.

В план ТК 466 на 2007 г. перешло несколько тем, ранее заявленных Российской ассоциацией трансфузиологов. Судьба этих тем будет решаться в Подкомитете «Клиническая и производственная трансфузиология» в свете увязки с общей концепцией развития стандартизации по данному направлению.

Многие забыли, а большинство молодых людей не знают о таком явлении советского времени, как «Комсомольский прожектор». По меткому определению Никиты Сергеевича Хрущева, этот прожектор «был блохой под рубахой администратора». Создается впечатление, что и наш Подкомитет является такой блохой. Конечно, нам удалось кое-что сделать конструктивное. Закончен и представлен в Ростехрегулирование проект национального стандарта «Правила маркировки консервированной крови и ее компонентов». С большими трудностями завершается разработка базового национального стандарта «Правила заготовки и переработки донорской крови и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов». Стандарт разрабатывается с учетом и международных требований, и национальных особенностей. В частности, в нем использованы многие положения 12 издания «Руководства по приготовлению, использованию и обеспечению качества компонентов крови» Совета Европы. Одним из элементов безопасности крови Совет Европы считает обеспечение прослеживаемости. Но разве хоть в одной стране есть все документированные элементы этой прослеживаемости? Вместе с тем в нашей стране с 1985 года действует Приказ МЗ СССР № 1055 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для учреждений службы крови». Однако в процессе обсуждения появляются суждения о необходимости слепого следования рекомендациям из Европы, а отечественный опыт предлагается выкинуть.

Большую часть времени работы аппарат подкомитета работает в режиме «Комсомольского прожектора». Более трех лет идет активная борьба с разработчиками Технического регламента «О требованиях к безопасности крови, ее продуктов, кровозамещающих растворов технических средств, используемых в трансфузионной практике». Неоднократно высказывалось принципиальное несогласие с областью применения, объектами регулирования и структурой рассматриваемого проекта Технического регламента, а также предложение по исключению из сферы применения рассматриваемого проекта продуктов крови и кровезамещающих растворов, относящиеся к лекарственным средствам и изделия медицинского назначения. Данное предложение обусловлено тем, что механизмы обеспечения безопасности объектов рассматриваемого регламента, а также степень государственного административного воздействия на их производство кардинально отличаются: кровь и ее компоненты не проходят регистрацию, не подвергаются предварительному и выборочному контролю.

Включение требований к безопасности лекарственных средств в проект технического регламента «О требованиях к безопасности крови, ее продуктов, кровозамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионной практике» является необоснованным, так как они определяются специальным техническим регламентом «О требованиях к безопасности лекарственных средств, процессам их разработки, изготовления, производства, испытания, хранения, перевозки, реализации, применения и утилизации».

По установившейся международной практике сферы действия нормативных документов, касающихся обеспечения качества и безопасности цельной крови и ее компонентов и требований к качеству, безопасности патентованных медицинских препаратов промышленного производства, получаемых из крови и плазмы, также разграничены (Директива Европейского Парламента и Совета 2002/8/ЕС от 27 января 2003). Однако этот проект технического регламента снова и снова находит поддержку у определенных слоев администрации Минздравсоцразвития. «Блоха» находится в затруднительном положении. Могут ведь и раздавить.

Но мы все-таки уверены, что наши укусы заставят разработчиков данного проекта отказаться от бесперспективной борьбы.

Блоха — ха-ха — и кровь

И. Никитин

СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

«Понимающих» менеджеров здравоохранения стало больше

С 6 по 8 июня «Общество фармакоэкономических исследований» проводило очередной курс образовательных мероприятий под общим названием «Медицина доказательств и клиничко-экономический (фармакоэкономический) анализ в управлении качеством в здравоохранении» (руководитель курса, Президент МОООФИ, проф. П.А. Воробьев). Семинар собрал 19 участников — организаторов здравоохранения и представителей фармацевтических структур из Костромы, Челябинска, Сочи, Краснодара, Москвы, Красноярска, Читы и других городов. Это сотрудники министерств, ФОМСов, главные специалисты из субъектов Федерации. Среди обсуждаемых вопросов наибольший интерес вызвали вопросы стандартизации в здравоохранении, управления качеством медицинской помощи. Предваряя мероприятие, проф. П.А. Воробьев отметил, что фармакоэкономика в России — не открытие сегодняшнего дня, она имеет свою историю. Почти десять лет работе МОООФИ, элементы фармакоэкономики появились в нормативных документах Минздрава в конце 90-х. К безусловным достижениям относится появление целого ряда нормативных документов по системе стандартизации, а также протоколов ведения больных, которые сейчас постепенно переводятся в статус национальных стандартов. Проблемы, связанные с этой работой, освещала в своей презентации Д.В. Лукьянцева. Проф. М.В. Авксентьева на протяжении двух дней рассказывала о современных подходах к проведению клинических исследований, методологии клинической эпидемиологии, которая составляет основу «доказательной медицины». Исполнительный директор МОООФИ О.В. Борисенко показал конкретные примеры проведения оценки медицинских технологий в больнице.

После проведения семинара участники ответили на вопросы небольшой анкеты. Итак, вопрос первый: «Назовите 5 персон, которые в наибольшей степени влияют на отечественное здравоохранение сейчас?». Отзывы были как положительные, так и отрицательные:
Зурабов М.Ю. (10 положительных); 2 отрицательных)
Стародубов В.И. (10 положительных)
Путин В.В. (8 положительных)
Юргель Н.В. (6 положительных)
Воробьев П.А. (5 положительных)
Рейхарт Д.В. (5 положительных)
Медведев Д.А. (4 положительных)

Рошаль Л.М. (2 положительных; 1 отрицательный)
Кудрин А.Л. (2 положительных)
Яхно Н.Н. (1 положительный)
Бокерия Л.А. (1 положительный)
Денисов И.Н. (1 положительный)
Сельцовский А.П. (1 положительный)
Пирогов Н.И. (1 положительный)
Власов В.В. (1 положительный)
Яковлева Т.В. (1 положительный)
Тельнова Е.А. (1 положительный)
Стародубцев А.К. (1 положительный)

Также участникам предлагалось ответить на вопрос: «Какие 5 лекарств Вы никогда не назначите?». Были получены следующие ответы:

Церебролизин 8	Негрустин (сухой экстракт трав зверобоя)
Актовегин 4	Аспирин
Предуктал (триметазидин) 4	Трихопол (метронидазол)
АТФ 3	Де-нол (висмута трикалия дигидрат)
Арбидол 3	Кокарбоксилаза
Рибоксин 2	Сульфокамфокаин
Поливитамины 2	БАДы
Валидол 2	Вобэнзим
Аспаркам 2	Солкосерил
Хондроксид 2	Инсулины («производства Брынцалова»)
Биопарокс 2	Клофелин (клонидин)
Парацетамол 2	Супрастин (хлоропирамин)
Циннаризин 2	Полиоксидоний
Корвалол 2	Имудон
Витамины группы В	Реамберин
Бисептол (ко-тримоксазол)	Цитофлавин
Эсливер форте	Глиатилин (Холина альфосцерат)
Хондроитин	Милдронат
Эреспал (фенспирид)	Тиоктовая кислота
Трентал (пентоксифиллин)	Валокардин
Алпростан (алпростадил)	«Не назначая лекарств вообще» (1 ответ)
Анальгин (метамизол натрия)	
Пирацетам	
Грандаксин (тофизопам)	

Конечно, не очень понятно, чем «не угодили» аспирин, алпростадил, метронидазол. Зато «досталось» метаболическим средствам, средствам «для мозгов» и против гриппа. Что ж, это приятно, что руководители здравоохранения в стране имеют такую настороженность к средствам с недостоверной доказательной базой.

На закрытии мероприятия участники отмечали, что данные мероприятия крайне полезны для расширения профессионального кругозора и в значительной степени способны изменить взгляд на устройство системы здравоохранения. Что сказать, до скорой встречи!

Исполнительный директор МОООФИ
О. Борисенко

ИнтерНьюс

Аллерген-специфическая иммунотерпия (АСИТ) является высокоэффективным, а при соблюдении ряда необходимых условий – и безопасным методом лечения пациентов с аллергическим ринитом и атопической бронхиальной астмой

Широкое применение АСИТ в нашей стране ограничивают не только мнимые сложности, но и высокая стоимость этого вида терапии, отсутствие указаний на необходимость ее проведения в национальных программах по лечению аллергического ринита и атопической бронхиальной астмы. Фармакоэкономика АСИТ до сих пор не изучалась в проспективных рандомизированных исследованиях, однако имеются отечественные и зарубежные наблюдения, показавшие, что АСИТ является экономически целесообразной за счет снижения затрат на медикаментозную терапию в последующие годы. АСИТ не является альтернативой медикаментозной терапии аллергических заболеваний. Эти два подхода взаимно дополняют друг друга, позволяя проводить комбинированную терапию, что повышает эффективность лечения.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении № 3, 2007

Опубликованы стандарты медицинской помощи, рекомендованные Минздравсоцразвития к использованию руководителям федеральных специализированных медицинских учреждений при оказании дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи еще по 12 нозологиям: гипогонадизм, диабетическая нефропатия, злокачественное новообразование гортани, акромегалия и гипофизарный гигантизм, злокачественное новообразование тела матки, злокачественное новообразование ободочной кишки, злокачественное новообразование яичника, злокачественное новообразование молочной железы, злокачественное новообразование почечной лоханки и злокачественное новообразование мочеточника, злокачественное новообразование почки, злокачественное новообразование мочевого пузыря.

Источник:

Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2006, № 6

Боль, страх и депрессия — рука об руку

Данные, полученные в новом исследовании, предполагают, что артритическая боль имеет сильный эмоциональный компонент, не присутствующий в экспериментальной модели боли. Кора поясной извилины, таламус, и миндалина — области мозга, известные своей причастностью к страху и эмоциям, — высоко активны при течении артритической боли. Проведенное исследование демонстрирует важность срединной болевой системы при случаях артритической боли и предполагает, что она может быть вероятной целью для фармакологических и нефармакологических вмешательств. В настоящем исследовании 12-ти пациентам с коленными остеоартритами была проведена позитронно-эмиссионная томография при трех болевых состояниях: артритической коленной боли, экспериментальной коленной боли (вызванной высокотемпературной аппликацией) и без боли. И артритическая боль, и экспериментальные болевые состояния активизировали всю матрицу боли в мозге. Однако, как было отмечено, артритическая боль также ассоциировалась с усиленной активацией срединной системы боли, включающей кору поясной извилины, таламус, и миндалу. Рассматривая недавний интерес относительно безопасности долгосрочного приема ингибиторов циклооксигеназы, полученные данные будут способствовать взаимодействию между академическими исследованиями и фармакологической индустрией для создания нового класса анальгезирующих препаратов для лечения артритической боли, специфически нацеленных на срединную болевую систему.

Источник:

Солвей Фарма

ИнтерНьюс

Результаты нового Кокрановского обзора подвергают сомнению эффективность комплексных вмешательств, направленных на факторы сердечно-сосудистого риска

Д-р Ш. Эбрахим (Лондонская Школа гигиены и тропической медицины, Великобритания) проанализировал результаты 39 исследований, охвативших более 140000 взрослых пациентов (население в целом, профессиональные группы, группы высокого риска). Воздействие как минимум на два фактора сердечно-сосудистого риска осуществлялось путем консультирования или обучения участников. Минимальная продолжительность наблюдения составляла 6 мес. В 10 испытаниях с клиническими конечными точками отношения шансов для общей и коронарной смертности достигали 0,96. Основной положительный эффект вмешательств был связан с нормализацией уровней артериального давления (АД) и холестерина. Так, наблюдалось достоверное снижение АД на 3,6/2,8 мм рт. ст., общего холестерина — на 0,07 ммоль/л. Из-за особенностей дизайна исследований небольшое снижение смертности от коронарной патологии (до 10%) могло быть пропущено, отмечают авторы обзора. Кроме того, они признают, что подобные вмешательства могут быть эффективны в отдельных группах пациентов — например, при вторичной профилактике инфаркта миокарда. Тем не менее, использование индивидуальных или семейных программ обучения и консультирования по вопросам здорового образа жизни (физическая активность, курение, диета) у лиц с низким сердечно-сосудистым риском представляется малоэффективным в отношении снижения риска клинических конечных точек. Подобные вмешательства достаточно затратны, и эти ресурсы можно более эффективно использовать в группах высокого риска. Наконец, адекватной интенсивности вмешательства в условиях реальной клинической практики добиться трудно, в отличие от условий клинического испытания. Основная проблема — кто должен выполнять подобные вмешательства? За рубежом этим занимаются специально подготовленные медицинские сестры, в нашей стране вопрос остается открытым.

Источник:
Cochrane Database Syst. Rev. 2006; 4

Технологии Plantronics проникают в одежду

Компания Plantronics внедряет свои разработки в одежду для активных видов отдыха. Например, новые шлемы Quicksilver Pulse и Roxu Shiver не только защитят головы сноубордистов, но и помогут экстремалам найти друг друга на заснеженных склонах: специально для этих целей в подшлемник встроены микрофон и наушники (кстати, при наличии портативного плеера можно слушать музыку во время катания). Стоимость шлемов — \$250.

В свою очередь, куртки Quicksilver Double Daffy Snow Jacket и Roxu Teen Angel Snow Jacket поддерживают беспроводное соединение Bluetooth, а также технологии стереозвучания и передачи голоса, разработанные специалистами Plantronics. Стоимость первой — около \$380, вторая обойдется в \$340.

В продажу новая высокотехнологичная одежда поступит в конце 2007 года.

Источник: Mobile Magazine

Язва у пожилых не бывает одна

Доктором Л. Звенигородской с коллегами были обследованы 512 пожилых пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в течение 5 лет. У большинства из них диагностировано 2—9 сопутствующих заболеваний. Язва желудка была у 73% пациентов, язва двенадцатиперстной кишки — у 27%. Мужчины болели в 3,5 раза чаще женщин. Болезнь и ее обострение в 52% случаев проявляются желудочным кровотечением. Обострения частые и длительные, в 82% случаев несезонные. Язва часто сочетается с коронарной патологией (62,7%), реже — с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Н. рудог выявлялся в 22% случаев. Для пожилых больных с язвой оказался характерен атипичный болевой синдром или его отсутствие.

Источник:
Клиническая геронтология № 1, 2007

В рамках Конгресса «Человек и лекарство 2007» состоялась конференция «Фармацевтическая биоэтика». Организаторы даже назвали ее международной. И издали «материалы». Казалось бы, радоваться. Ан нет. И состояние «фармацевтической биоэтики», и сама эта конференция оставляют чувство неловкости. Вот лишь несколько вопросов.

Что с фармацевтической этикой?

Безусловно, любая профессиональная группа имеет право на свою этику. Вот в заповедях сказано, что «не убий», но люди создают такие организации — армии — члены которых специально учатся и обществом содержатся для того, чтобы убивать. И у этих людей есть своя этика. Она, правда, чуть дефектная с точки зрения «нормальных» людей, т. е. не желающих убивать, но она есть.

Аналогичная ситуация с фармацевтической этикой. Огромная индустрия, многие миллионы людей по всему миру вовлечены не только в производство, но и в распространение (в широком смысле) лекарственных препаратов. К ним примыкают производители и продавцы медицинских инструментов, приборов, материалов, протезов. И все эти люди как участники общественно значимого процесса имеют право на осознание моральных аспектов своей деятельности, ее гармонизацию с общечеловеческими представлениями о должном. Возможно и создание неких внутренних для этой сферы деятельности этических кодексов. Они могут даже возникнуть не добровольно, а под давлением извне. Ведь не сами же врачи сформулировали Нюрнбергский кодекс! Им в этом сильно помогли возмущенные народы и трибунал. Так что несовершенство внутреннего регулирования в отрасли не есть признак невозможности сделать ее более этической. Это лишь важная отправная точка.

В 2005 г. вышел коллективный труд Ethics and the Pharmaceutical Industry (Ed. MA Santoro, TM Gorrie. NY: Cambridge University Press), который по своему весу и заявленным достижениям должен был бы осветить проблему и наметить пути выхода из положения, в котором находится индустрия. Это положение, которое не будет большой натяжкой назвать моральным противостоянием страждущему человечеству. В состав авторов этого оправдательного для индустрии труда не вошел ни один из известных авторов критических исследований проблем фарминдустрии. Не освещены в этом труде такие общеизвестные аморальные аспекты действительности фарминдустрии, как сокрытие от обнародования неблагоприятных для продаж препаратов научных результатов, продвижение использования препаратов по незарегистрированным показаниям, финансовые поощрения врачам за выписку продвигаемого препарата, найм теневого автора для написания отчетов, подбор авторитетных авторов для опубликования привлекательных результатов, проведение клинических испытаний со структурой, умышленно подстроеной для получения желательного, а не правильного результата, преследование ученых, занимающих независимую позицию в отношении аморальных действий индустрии, подкуп государственных контролирующих органов, продвижение лекарственных средств для лечения социальных проблем, финансирование проектов по формулированию новых болезней-показаний к использованию лекарственных средств, продолжающаяся монополизация отрасли, подавление производства дженериков, трюки с продлением патентной защиты старых препаратов. Более всего авторов этого тома интересовала проблема расхождения между тем, что потребность в лекарственных средствах максимальна там, где нет денег. И общеизвестно, что индустрия отвечает на эту проблему разработкой новых средств для тех, у кого есть деньги — прежде всего «лекарствами для стиля жизни». К несчастью, прошедшая конференция — лишь бледная и уродливая тень этого труда фармацевтических начальников.

Что с конференцией?

Конференцию открыл председатель Этического комитета при МЗиСР, академик РАМН Ф.И. Комаров. Основное содержание его приветствия занял тезис: «К индустрии надо относиться строго, но доброжелательно». На следующем пленарном заседании должен был председательствовать другой военный генерал-майор, профессор П.Ф. Хвещук, но слушатели его не дождался: П. Хвещук был приговорен к 3 годам заключения за хищения при закупках для Министерства обороны России. Заменой отсутствующим были вопросы организации медицинской помощи и организации обеспечения лекарственными средствами. Поэтому многие — не считая организованно прибывших студентов-военнослужащих для заполнения аудиторий — пришли послушать доклад Е.А. Тельновой, заместителя Руководителя Росздравнадзора. Доклад был посвящен итогам ДЛО. Интересовали пришедших не этические аспекты этой программы селективного лекарственного обеспечения, а свежая информация из первых рук по срокам возврата долгов государства за 2006 г. Об этом поспрашивали докладчика, после чего основная масса слушателей удалась.

Профессор П.А. Воробьев говорил действительно об этических проблемах лекарственного обеспечения. Незэтичной была названа сама система выделения определенной части населения для полного снабжения, с чем автор этого сообщения согласен.

Далее конференция стала сворачиваться, ибо в зале не осталось и военных. Доклады множества Лопатиных (то ли родственников, то ли однофамильцев председателя) никого заинтересовать не могли, даже если бы состоялись. Известный интерес вызвали лишь доклады, освещавшие проблемы

лекарственного обеспечения в Казахстане. В остальном — банальности, попытка сказать красиво. Вот лишь некоторые примеры из трудов конференции:

«...Инициативы Минздравсоцразвития АКТИВИРОВАЛИ деятельность профессиональных медицинских сообществ, отдельных специалистов, систему непрерывного фармацевтического образования.»

«...целесообразен переход от неэкологического (однополшарного) к экологическому (двуполшарному) мышлению и ноосферному развитию, при котором удовлетворение жизненных потребностей населения осуществляется без ущерба для интересов будущих поколений и Вселенной» (!!!)

«Начато использование ноосферного образования в школе, но ...при подготовке провизоров ноосферное образование (НО) пока не нашло своего места. ...На основе НО нами составлена программа подготовки таких специалистов.»

«Наиболее важными КОНКРЕТНЫМИ задачами современного образования являются: формирование у учащегося мировоззренческих установок, т. е. морально-нравственных НОРМ ПРИНЦИПОВ (!), обеспечивающих достойное выполнение МИССИИ КОНКРЕТНОГО человека, просвещения, СОЦИАЛИЗАЦИИ И ИНКУЛЬТУРИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ!»



Jerome Kassirer и автор статьи на Конгрессе медицинских редакторов. В это время J. Kassirer был главным редактором New England Journal of Medicine, создателем теории и практики принятия решений в медицине, видным критиком развития американской и мировой медицины и их порочных связей с индустрией, автором множества книги и статей. Недавно он писал: «Этика корпораций требует, чтобы их действия максимизировали прибыль владельцев акций независимо от того, насколько эта активность также служит истинным нуждам общества; соответственно (фармацевтическая) индустрия концентрируется на лекарствах-блокбастерах и таблетках для «стиля жизни», сексуальной дисфункции, облысения и уродливых ногтей». «Нет двух медицин — обычной и альтернативной. Есть средства, которые были адекватно испытаны и которые не испытаны, средства, которые «работают» и которые могут или не могут «работать».

«...национальная экономическая ментальность (хозяйственная культура) представляет собой систему ценностей хозяйственной жизнедеятельности (устойчивые психологические реакции, традиции, стереотипы поведения и т. д.)... Хозяйственная культура определяет характер социально-экономических норм (формальных институтов), которые в свою очередь, формируют историческую траекторию хозяйственного развития нации».

«...для организма северного человека большое значение имеет применение в СОСТАВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ПИТАНИЯ природных биологически активных веществ с учетом национальных традиций».

«...результаты наших исследований не отличаются оригинальностью», «в аптеке должны быть все (!?) лекарственные препараты, пользующиеся повышенным спросом независимо от их цены, ...коммерческая деятельность важна, но социальная важнее».

«Сделан решающий шаг по формированию высокого морально-нравственного статуса выпускников системы непрерывного фармацевтического образования. Такой статус позволит выпускникам фармацевтических учебных заведений России оказывать квалифицированную, своевременную и доступную, в соответствии с экономическими возможностями стран, фармацевтическую помощь во благо человека и общества в сложной ситуации в мире, в том числе биоугроз, техногенных катастроф, появления новых инфекций, снижения иммунного статуса населения, роста потребления спиртосодержащих напитков, токсикоманий, наркоманий».

Так что есть предложение из того же источника: считать данную реплику — «...мощным импульсом в формировании современной философии достойного выполнения великой миссии фармацевтического работника по обеспечению квалифицированной, своевременной и доступной фармацевтической помощи Соотечественникам».

Зачем об этом говорить?

Зачем мероприятие проводилось? Кажется, ясно: освоили деньги, данные, вероятно, фармкомпанией, поставили галочку в плане, аспиранты опубликовали «тезисы», кто-то

Продолжение на стр. 9 ➤

Начало на стр. 8

в президиуме посидел, у президента загадочного «Отделения лекарственных средств и фармацевтической деятельности Международной академии информатизации в генеральном консультативном статусе ООН» появились новые надежды избраться в известную всем академию. Все же значительная часть мероприятий Конгресса «Человек и лекарство», да и большая часть ученых медицинских собраний в Москве проходят с более высокими целями. Провозглашение банальностей не может прикрывать того факта, что вместо обсуждения болезненных проблем фармацевтической деятельности возникает активность, призванная создать впечатление благополучия и задумчивости.

Я далек от того, чтобы полагать эту конференцию коварно замысленной представителями индустрии как операция прикрытия. Известно, что в индустрии в отдельных компаниях и в международных организациях, представляющих

коллективные интересы индустрии, достаточно разумных людей, чтобы не использовать услуги такого низкого качества. Возникает неприятное впечатление высокой готовности группы вузовских работников обслуживать потенциальный интерес индустрии в сокрытии проблем за витиеватыми фразами.

Как видим, у организаторов этой конференции не получилось даже красивых фраз. Но это не означает, что мы не должны бить тревогу. Заключение в тюрьму одного из организаторов конференции по фармацевтической этике за блуд с казенными средствами при закупках — самый яркий указатель на опасность и аморальность такой деятельности. Продажность нельзя объяснить и извинить наличием свободных средств у продавцов медицинской техники. Общество в целом и фармацевтическая индустрия в частности в действительности заинтересованы в разработке реально существующих болезненных проблем, но делать это надо приличными средствами.

ФАРМАЦИЯ — дикий рынок или медико-социальная сфера¹

Л. Коковин, И. Филиппова

Проблема информации о фармацевтической индустрии и ее восприятии обществом неоднократно обсуждалась на страницах профессиональной прессы. Вопросами имиджа фармкомпаний и отдельных персон начали заниматься профессиональные агентства. Телевидение как мощнейший информационный инструмент все чаще обращается к вопросам фармации, зачастую трактуя различные проблемы, мягко говоря, на бытовом уровне. Очевидно, что информация, нацеленная на разные целевые аудитории имеет разное воздействие, но фармация является особой отраслью, социально-ориентированной и, соответственно, стремится к максимальной потребительской лояльности. Эта цель решается посредством различных инструментов, а наиболее используемый из них — это коммуникационный маркетинг.

Среди задач публикаций в прессе о фарминдустрии можно выделить четыре основных:

- Привлечение внимания к определенному объекту;
- Формирование доверия;
- Формирование позитивного имиджа и обеспечение лояльности к объекту.

Фармацевтический рынок в нашей стране называют по-разному: молодым и развивающимся, цивилизованным или наоборот, «серым» и контрафактным и т. п. Но самое главное, что факт его существования уже никто не отрицает — он есть, с рыночными отношениями и госрегулированием. Четко определены его субъекты, сфера их деятельности, целевые аудитории. При этом стоит отметить, что фармотрасль значительно модифицировалась за последнее время и продолжает динамично изменяться. Существенно расширился круг как производителей так и продукции, появились дистрибьюторы, сетевые аптеки. Определелись понятия опинион-лидер, фармакоэкономика, фальсификаты и т. д.

В современных условиях у компаний-участниц фармрынка появились широкие возможности реализации задач по «привлечению внимания» и «формированию запросов». Очевидно, что, прежде всего, речь должна идти о медико-социальной направленности составляющей деятельности фармацевтической индустрии в целом, а не отдельных ее участников. С точки зрения рассматриваемого вопроса по «привлечению внимания» и «формированию потребностей» нельзя не отметить, что интерес к фармпродукции есть, но интерпретация данного интереса затруднена.

В частности, можно предположить, что если в стране на первом месте по частоте заболеваемости стоит сердечно-сосудистая патология, то и первые места в рейтингах аналитических компаний должны занимать препараты, используемые при лечении именно этих заболеваний. Для иллюстрации текущей ситуации на отечественном фармацевтическом рынке можно проанализировать три рейтинга — десятка наиболее продаваемых препаратов (ТОП-10) по торговым наименованиям, по терапевтическим группам и по производителям и сопоставить их с аналогичными рейтингами в зарубежных странах. Несмотря на то, что среди производителей, лидирующих по объемам продаж, присутствуют крупнейшие компании мира, номенклатура отечественного рейтинга никак не соответствует общемировым тенденциям. Можно выделить такие аспекты, как:

- Наличие препаратов без какой-либо публикационной или рекламной поддержки;
- Наличие препаратов с агрессивной рекламной или поддержкой публикациями, но не соответствующих эпидемиологическим показателям;
- Наличие в рейтинге безрецептурных препаратов (такая ситуация возможна лишь в отношении витаминных комплексов).

Говорить о том, что задача по привлечению внимания к истинным проблемам здоровья и возможностям их решения — реализована, пока нельзя. Подобное внимание можно назвать скорее стихийным, в значительной степени обусловленным менталитетом потребителей, нежели результатом стратегии медицинского и фармобщества. Ведь проблема потенции свойственна для мужского населения нашей страны (и никто не собирается в этом кого-то переубеждать), мы все хотим съезд побольше на работе и дома — и в этом нам помогут!, а потребление тонизирующих настоек по сравнению с бета-блокаторами и ингибиторами АПФ, очевидно, гораздо эффективнее при терапии сердечно-сосудистых за-

Таблица 1

ТОП-10 по торговым наименованиям (объема продаж, денежное выражение)

	Российский рейтинг 2005	Мировой рейтинг 2004
1	Актовегин	Lipitor
2	Мезим форте	Zocor
3	Натрия хлорид	Plavix
4	Эссенциале Н	Nexium
5	Виагра	Zyprexa
6	Но-шпа	Norvasc
7	Боярышника настойка	Seretide/Advair
8	Арбидол	Egypso
9	Предуктал	Prevacid
10	Кавинтон	Effexor
	Источник: <i>RMBC</i>	Источник: <i>IMS Health</i>

Таблица 2

ТОП-10 по терапевтическим классам (объем продаж, денежное выражение)

	Российский рейтинг 2005 (по EphMRA)	Мировой рейтинг 2004
1	Ненаркотические анальгетики и антипиретики	Препараты для снижения уровня холестерина и триглицеридов
2	Препараты, воздействующие на церебральные и периферические сосуды	Противоэпилептические
3	Ингибиторы АПФ	Цитостатики
4	Цефалоспорины	Антидепрессанты
5	Деконгестанты	Антипсихотики
6	Средства для лечения простуды	Нестероидные противовоспалительные средства
7	Мультивитамины и минералы	Ингибиторы ангиотензина II
8	Отхаркивающие	Антагонисты кальция
9	Нестероидные противовоспалительные средства	Эритропоэтины
10	Снотворные/седативные	Противоэпилептические
	Источник: <i>RMBC</i>	Источник: <i>IMS Health</i>

Таблица 3

ТОП 10 по производителям (объемы продаж, денежное выражение)

	Российский рейтинг 2005 (по EphMRA)	Мировой рейтинг 2004
1	Санофи-Авентис	Pfizer
2	Сервье/Эгис	GlaxoSmithKline
3	Берлин-Хеми АГ/Менарини групп	Sanofi-Aventis
4	Сандоз-Лек	Johnson & Johnson
5	Пфайзер интернэшнл инк	Merck
6	Гедеон Рихтер ЛТД	AstraZeneca
7	Новартис	Novartis
8	Фармстандарт ОАО	Bristol-Myers Squibb
9	Никомед	Wyeth
10	КРКА Д.Д.	Abbott Labs
	Источник: <i>RMBC</i>	Источник: <i>IMS Health</i>

болеваний. Во всем этом уверен потребитель. В результате идея именно медико-социальной направленности фармацевтического бизнеса в нашей стране пока не имеет значимого масштаба.

ИнтерНьюс

Дерматоскопия и микроскопия соскобов при диагностике чесотки

Целью проспективного нерандомизированного слепого исследования, выполненного А. Dupuy (Франция, опубликовано в J. Am. Acad. Dermatol), являлась оценка диагностической точности дерматоскопии в сравнении с микроскопией соскобов с поверхности кожи у пациентов с чесоткой. В работу вошли данные 238 пациентов с подозрением на чесотку, последовательно подвергавшихся обеим диагностическим процедурам. В обследовании пациентов принимали участие 3 врача-дерматоскописта, один из которых являлся экспертом в данной области, а двое не имели подобного опыта. Обследование с использованием карманного дерматоскопа охватывало не менее 5 участков кожных покровов у каждого пациента. В случае расхождения результатов дерматоскопии (положительный) и микроскопии соскоб с пораженного участка кожи подвергался повторной микроскопии.

Согласно полученным результатам, чувствительность дерматоскопического и микроскопического исследования кожных покровов составляла 91% (95% доверительный интервал (ДИ) 86—96) и 90% (95% ДИ 85—96) соответственно (p = 0,005), специфичность — 86% (95% ДИ 80—92) и 100% (по определению). Положительная прогностическая значимость обоих методов составила 88% и 100% соответственно. При этом чувствительность дерматоскопии значимо не изменялась при выполнении обследования как экспертом, так и неспециалистами, тогда как специфичность варьировала в зависимости от опыта лица, выполнявшего процедуру. Было также отмечено стабильное повышение диагностической точности обследования пациентов врачами с приобретением ими опыта в ходе исследования (80% в первой трети исследования vs 93% в последней трети).

Использование дерматоскопии для принятия решения о назначении терапии позволяло минимизировать частоту как ложноположительных, так и ложноотрицательных диагнозов, основанных исключительно на клинической симптоматике, и значительно снизить количество пациентов с нелеченной чесоткой.

Источник: *Антибиотик.ру*

Докторами А. Власовой и П. Воробьевым опубликован обзор, посвященный депрессии в пожилом возрасте

Депрессия в пожилом возрасте — настолько распространенное состояние, что можно даже говорить об эпидемии сенильной депрессии. По данным ВОЗ, депрессивные симптомы имеют место у 40—45% пациентов преклонного возраста, обратившихся к врачу в связи с различными заболеваниями. Женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины, распространенность депрессии гораздо выше среди инвалидов и социально ограниченных людей. Несмотря на эффективные методы лечения, депрессия, особенно у пожилых, распознается редко и, как правило, плохо лечится. Следует четко отграничивать (хотя это часто и непросто) обычную депрессию в бытовом понимании, которой называют практически любое плохое или подавленное, тоскливое настроение, — от заболевания. Этиология, диагностика и терапия депрессии в доступной форме для врачей широкого профиля изложены в статье.

Источник: *Клиническая геронтология* № 3, 2007

¹ Подготовлено по материалам журнала «Ремедиум» и информационных материалов компании Прессто.

Начало на стр. 4 ➤

Для интерпретации результатов фармакогенетических тестов необходимо применение специальных компьютерных программ. Например, для вычисления начальной дозы варфарина в зависимости от результатов генотипирования по определенным генам (CYP2C9 и VKORC1), а также с учетом пола, возраста, роста, массы тела, необходимо подставить эти показатели в сложную формулу, для чего создана программа, доступная в Интернете (www.warfarindosing.org): начальная доза варфарина будет вычислена автоматически.

Список лекарственных средств, при применении которых необходимо использовать фармакогенетическое тестирование, быстро расширяется. В основном это лекарственные средства, при применении которых есть проблемы с эффективностью и безопасностью. Уже на подходе фармакогенетические тесты для выбора наиболее эффективных у конкретного пациента гипотензивных средств, статинов, β_2 -адреномиметиков! Перспективны тесты, позволяющие выбирать наиболее безопасные для конкретного пациента дозы непрямым антикоагулянтам, цитостатикам, антидепрессантам, нейролептикам и т. д. Для многих фармакогенетических тестов продемонстрировано в сравнительных исследованиях, что их применение имеет несомненные преимущества перед традиционными методами выбора лекарственных средств и их режимов дозирования: снижается частота нежелательных лекарственных реакций (в случае с варфарином в 5 раз!) и повышается эффективность (например, более часто достигаются целевые значения АД или холестерина ЛНП и т. д.). Доказаны и экономические преимущества фармакогенетического тестирования, и в частности, при применении у больных, получающих варфарин, антидепрессанты и нейролептики: фармакогенетическое тестирование позволяет снизить затраты на лечение за счет того, что сокращаются расходы на коррекцию нежелательных лекарственных реакций и на неэффективное лечение. Кроме того, применение фармакогенетического тестирования придает большую уверенность врачу при применении лекарственных средств. Например, тот же варфарин в России редко назначается не только из-за невозможности контроля МНО, но из-за того, что врачи боятся развития кровотечений. А если доктор подбирает дозу варфарина с использованием фармакогенетического тестирования, то у него появляется уверенность в безопасности данного лечения. Применение фармакогенетического тестирования может повысить и приверженность больного лечению, когда он знает, что врач назначил ему препарат в дозе, которая подходит только ему.

Во-вторых, фармакогенетическое тестирование должно войти в стандарты лечения заболеваний, для

того, чтобы они были оплачены страховыми компаниями.

В-третьих, у врачей, в т. ч. с учеными степенями и званиями, имеется ложное предубеждение о фармакогенетическом тестировании как об очень сложном, дорогом и недоступном методе. Фармакогенетическое тестирование основано на рутинной ПЦР. При этом от больного нужно всего лишь 1 мл крови из вены или соскоб со слизистой внутренней поверхности щеки. Многие врачи даже и не подозревают, что фармакогенетический тест выполняется 1 раз и на всю жизнь. При этом не имеет никакого значения, когда берется материал для фармакогенетического тестирования (при обострении заболевания или в период ремиссии, до еды или после и т. д.).

Что касается стоимости, то стоимость выявления 1 полиморфизма не превышает стоимости 1 анализа, который выполняется с помощью ПЦР (например, на ВИЧ-инфекцию). Кстати, на рынке лабораторных исследований вот уже несколько лет тенденция к снижению стоимости ПЦР-анализов.

Кроме того, активно разрабатываются так называемые ДНК-чипы, с помощью которых у 1 больного быстро можно определять несколько десятков генетических полиморфизмов, определяющих чувствительность тех или иных лекарственных средств. Уже 1 такой фармакогенетический ДНК-чип разрешен к применению в Европе (Ампличип Р-450), он создан для выбора нейролептиков и антидепрессантов и режимов дозирования. Также создан и отечественный фармакогенетический чип (НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта, В.С. Баранов и соавт.), однако он используется только в научных целях. Вероятно, будут созданы кардиогенетические, пульмонологические, гастроэнтерологические, онкологические, психиатрические чипы и т. д. В будущем речь пойдет о создании фармакогенетического паспорта пациента. При этом врач, даже видя пациента в первый раз, посмотрев в его фармакогенетический паспорт, может выбрать наиболее эффективный и безопасный препарат в наиболее эффективной и безопасной дозе. Здесь уже речь идет не о фармакогенетике, а о фармакогеномике.

В-четвертых, необходимо повысить компетентность врачей в области практического использования фармакогенетического тестирования. Главным специалистом по применению фармакогенетического тестирования должен быть врач-клинический фармаколог. Основы клинической фармакогенетики необходимо изучать как на додипломном, так и на последипломном этапе обучения, причем врачей всех специальностей. Клинической фармакогенетике недостаточно уделяется внимание при обучении будущих врачей, она занимает скромное место в учебных программах курсов «Фармакология», «Медицинская генетика» и «Клини-

ческая фармакология». Нередко фармакогенетика вообще фигурирует только в учебной программе, и не обсуждается ни на лекциях, ни на практических занятиях. Например, до прохождения курса клинической фармакологии мы проанкетировали студентов 6 курса лечебного факультета, оказалось, что 36% вообще не знают, что такое фармакогенетика и никогда об это не слышали, лишь 24% знают предмет, причем большинство из них посещали электив по клинической фармакогенетике. В России лишь в единичных вузах имеются элективы по клинической фармакогенетике. Создана только 1 кафедра фармакогенетики (РГМУ), да и то на которой проходят обучение студенты медико-биологического факультета. Во многих учебниках и учебных пособиях разделы, посвященные фармакогенетике, мало меняются от издания к изданию, и таким образом информация в них является устаревшей. А описываемые в них «старые» фармакогенетические феномены настолько редки, что интересны разве что в историческом аспекте. Кстати, такая же ситуация и за рубежом.

В-пятых, необходимо знать, что у населения в конкретном регионе определяемые полиморфизмы вообще встречаются. Для России как раз такая информация есть: работы выполнены не только у русских (Чернов Ю.Н.), но и у представителей других этнических групп, и, в частности, у коренного населения Крайнего Севера (Сулейманов С.Ш., Ляхович В.В.). Результаты этих исследований указывают на то, что у россиян очень распространены генетические полиморфизмы, определяющие чувствительность к лекарственным средствам. Найденные различия в частотах полиморфизма у разных этносов должны учитываться при составлении региональных формуляров лекарственных средств. В этой связи, правда, остаются не решены этические проблемы (русским давать большую дозу варфарина, а чукчам — меньшую?), которые активно обсуждаются в зарубежной прессе.

Таким образом, персонализированная медицина, и, в частности, клиническая фармакогенетика, является перспективным направлением, которая только начинает реализовываться на практике. Проблемы персонализированной медицины и клинической фармакогенетики постоянно обсуждаются практически на всех крупных медицинских симпозиумах, а в 2005 г., на Всемирном экономическом форуме в Давосе был организован семинар по этой теме. Кроме того, 2 года назад эксперты Евромиссии в своих «25 рекомендаций по этическим, юридическим и социальным последствиям генетического тестирования» (http://europa.eu.int/comm/research/conferences/2004/genetic/pdf/recommendations_en.pdf), подчеркнули необходимость государственной поддержки активного внедрения фармакогенетического тестирования в клиническую практику.

Начало на стр. 1 ➤

Если говорить о ситуации за рубежом, то там закон обязывает производителей лекарств указывать в инструкциях по применению препаратов все известные побочные эффекты. Информация и указания о побочных эффектах, которые мы видим в аннотациях к препаратам, в основном берётся из результатов клинических испытаний. Но клинические испытания ограничены по числу больных и по срокам применения лекарственного средства. Кроме того, в клинические исследования не включаются люди с сопутствующими заболеваниями, старики, дети, беременные женщины. А болеют-то чаще всего пожилые, и самое большое число побочных эффектов лекарственной терапии бывает именно у них. Эти ограничения не позволяют выявить все возможные побочные эффекты лекарственной терапии у разных групп населения на этапе клинических испытаний. Во время клинических испытаний выявляются так называемые частые побочные эффекты, а если они редкие (но они могут быть очень опасные), то их, как правило, выявляют уже при широком применении.

Потому и нужна служба фармаконадзора — она и должна выявлять осложнения нового лекарственного препарата при использовании его в широкой медицинской практике. Вернее и точнее ее название следует перевести как «фармакобдительность», суть деятельности этой службы такое название передает точнее. И чем лучше служба работает, тем быстрее побочные эффекты выявляются. В случае выявления новых реакций эти службы имеют право не только обязать производителей внести всю информацию о возможных побочных эффектах и об ограничениях в применении в аннотации к препаратам, но и даже запретить использование препаратов.

В последние годы во всем мире наблюдается так называемая либерализация регистрационного процесса. Цель понятна — препараты должны максимально быстро попадать к потребителям, прогресс должен быть во благо человеку. Но, с другой стороны, стали регистрироваться недостаточно изученные препараты. И уже есть примеры, когда после 1–2 лет применения препараты изымаются с рынка — некоторые со скандалами, другие потихоньку. Но именно потому, что выявляются серьезные, тяжелые побочные эффекты. Совершенно очевидно, что роль фармаконадзора значительно возрастает при либерализации регистрации.

На сегодня в программе ВОЗ по международному мониторингу лекарств участвуют уже 97 стран. Во всем мире структуры по контролю безопасности применения лекарств сегодня расширяются. Как правило, они являются государственными и финансируются прави-

тельствами. Есть примеры, где эту работу выполняют медицинские ассоциации или фонды, но работа им как бы делегирована государством. Например, в Голландии — Фонд Ларей негосударственный, это ассоциация профессионалов, но голландский Минздрав полностью делегировал им эту работу, и они присылают в министерство уже проанализированную информацию о побочных эффектах лекарственных препаратов со своими предложениями.

Фармаконадзор и фармпроизводители не враги, но конфликт в их интересах, конечно, имеется. По-хорошему, для большой солидной фармацевтической компании, чем раньше эти невыявленные при клинических испытаниях серьезные побочные эффекты будут обнаружены, тем лучше — они вовремя могут внести какие-то ограничения в аннотации, рекомендации по профилактике или просто отозвать препарат, не дожидаясь многомиллионных судебных исков. В последнее время несколько таких громких судебных дел было, когда препарат вывокс и некоторые другие были запрещены для применения в медицинской практике.

В краткосрочном плане фармкомпания, особенно не очень солидные, не заинтересованы в хорошей работе фармаконадзора, а солидная фирма, которая не собирается завтра закрываться — заинтересована. В странах с хорошо налаженным фармаконадзором фармкомпания, а они по закону обязаны это делать, являются основными поставщиками сообщений о побочных реакциях. А у нас этого нет совсем. Да и строгость законов компенсируется возможностью их невыполнения. У нас ведь в законе о лекарствах есть 2 специальных статьи о том, что все участники процесса обращения лекарств обязаны сообщать о побочных эффектах, если они их обнаружили. Но никто этим не занимается.

Опыт предыдущей работы показал, что просто законами и приказами эту работу не сделать. Заставить врача сообщать о побочном эффекте в принудительном порядке практически невозможно, быстрее можно убедить в том, что это и профессиональная и гражданская ответственность, и что он может спасти тысячи людей, сообщив об имевшемся в его практике случае осложнения фармакотерапии. Сообщать нужно даже о случаях, когда сам врач не уверен, но есть подозрение на связь побочного эффекта с приемом препарата. Когда в одном центре собираются десятки или сотни таких «показалось», становится понятно, что связь есть.

Принятие решения о дальнейшей судьбе препарата довольно сложное. Приходится взвешивать соотношение риска и пользы. Одно дело, если это препарат для более комфортной жизни, а другое — для лечения серьезного, угрожающего жизни заболевания.

Когда-то я был председателем Фармакологического комитета, еще в Минздраве СССР, тогда в Фаркомитете существовала специальная комиссия по инструкциям к препаратам, в состав которой входили ведущие специалисты из всех областей медицины. Тогда существовали инструкции к препаратам для врачей и адаптированные листовки-вкладыши для пациентов. Пугать больных редкими побочными эффектами бессмысленно, они просто лечиться перестанут и не будут выполнять предписания врача. Мне кажется, смысл в этом был, хотя сейчас тенденция в мире — предоставлять больному всю информацию и возлагать на него ответственность за выбор того или иного препарата. Конечно, пациентов нужно образовывать касательно их здоровья и лекарственной терапии. Больше половины проблем с фармакотерапией — это неправильное применение лекарств (как по вине врача, так и по вине больного).

К сожалению, большинство населения неграмотно в области лекарственных средств. Например, многие считают, что чем больше принимать витаминов — тем лучше, они и слыхом не слыхивали про тяжелые гипervитаминозы. Витамин А в больших дозировках обладает тератогенными свойствами, а у нас врачи назначают беременным Аевит, в котором содержание витамина А в 10 раз больше дозы, которую международное тератологическое общество обозначило как безопасную. Образовывать нужно и врачей и пациентов.

В заключение хотелось бы выразить надежду на то, что в России в ближайшее время будет создана современная, отвечающая международным стандартам служба фармаконадзора. Предпосылки к этому имеются. Насколько я знаю, новый руководитель Росздравнадзора Юргель Николай Викторович уже дал указание о создании соответствующей структуры. Кстати, в 1997 г., когда создавались региональные центры по изучению побочных действий лекарств, он, будучи одним из руководителей здравоохранения в Омске, подписал приказ по созданию Омского регионального центра. Этот центр и по сей день функционирует и является одним из лучших. Таким образом, если есть политическая воля, финансирование и подготовленные специалисты, то работа будет налажена.

Я уверен, что клинические фармакологи и практические врачи с энтузиазмом поддержат это начинание, и Россия займёт достойное место в международной программе по мониторингу лекарств, а главное, появится возможность предупредить тяжёлые осложнения фармакотерапии у десятков тысяч больных в нашей стране.

Практикум по гемостазу (Часть 5)

Уважаемые коллеги!

Вам пишет профессор Вадим Петрович Скипетров. Мне случайно попала на глаза Ваша газета «Московский доктор». Я буду очень признателен, если вы сможете мне её прислать.

В № 8 помещены очень тёплые воспоминания о моём многолетнем коллеге и товарище Зиновию Соломоновичу Баркагане, с которым меня объединяли многие профессиональные идеи.

К глубокому сожалению, несколько раньше его ушла из жизни наша общая с ним коллега Мария Семёновна Мачабели. Она сделала очень много для развития гемостазиологии в нашей стране и в мире. Буду рад, если Вы напечатаете в Вашей газете статью об её памяти.

С наилучшими пожеланиями В.П. Скипетров, г. Саранск



ПАМЯТИ М.С. МАЧАБЕЛИ

Недавно ушла из жизни профессор Мария Семёновна Мачабели — одна из создателей экспериментальной и клинической коагулологии, а также электрокоагулологии.

Обладая подсознательным мышлением, М.С. Мачабели первой в мире перешла от аналитического подхода к нарушениям гемостаза к синтетическому. Она первой системно оценила приобретенные нарушения свертывания крови и создала представление о коагулопатических синдромах, что является важнейшим достижением коагулологии XX века. К ней можно отнести слова А. Сент-Дьерди: «Сделать открытие — значит увидеть то, что видят все, и подумать при этом то, что никому не приходило до сих пор в голову».

В многочисленных и противоречивых публикациях мировой литературы о нарушениях свертывания крови М.С. Мачабели выявила систему, сформулировав представление о синдромных приобретенных нарушениях гемостаза. Это заключение фундаментальной значимости она представила в монографиях «Вопросы клинической коагулологии» (1962) и «Коагулопатические синдромы» (1970). Это открытие в корне изменило мнения о механизмах приобретенных нарушений гемостаза и стало основой для их патогенетического предупреждения и лечения.

Среди описанных ею синдромов наиболее часто встречается тромбгеморрагический синдром (ТГС), который академик О.К. Гаврилов предложил называть синдромом Мачабели. Основным его признаком является развитие кровотечений вслед за внутрисосудистым свертыванием крови. Понятие ТГС очень точно отражает патогенез данной коагулопатии, указывая на первопричину и характеризуя последствия. М.С. Мачабели первой в мире подметила фазность нарушений гемостаза при ТГС — смену кратковременной гиперкоагулемии продолжительной гипокоагулемией и кровотечениями.

В 1986 году М.С. Мачабели расширила понимание роли ТГС, выдвинув тромбгеморрагическую теорию общей патологии, согласно которой этот синдром является обязательным компонентом многих соматических заболеваний. Понимание данного факта крайне важно для правильной оценки места ТГС в общей патологии человека.

В 1990 г. М.С. Мачабели углубила это представление, рассмотрев его с позиций нашего гениального соотечественника А.Л. Чижевского (1897—1964), открывшего благотворное влияние на организм отрицательных аэроионов кислорода (ОАИК) и создавшего учение о биологической роли атмосферного электричества.

М.С. Мачабели считала, что любая болезнь начинается с уменьшения электрического заряда больного органа и перехода цитоплазмы его клеток из золя в гель. По её мнению, ТГС начинается вне кровотока — с гиперкоагуляции клеточных структур больного органа («органа-стрек»), из которого вследствие падения электрического заряда и нарушения проницаемости клеточных мембран в кровоток поступает тканевый тромбопластин, приводящий к интраваскулярной гемокоагуляции с блокадой микроциркуляции образовавшимися тромбоцитарными и фибриновыми тромбозолами. Это вовлекает в процесс ранее здоровые органы («органы-

мишени»), что ведёт к полиорганной недостаточности. Из этих органов вследствие гипоксии в кровь выбрасываются тромбопластин и другие гемокоагулирующие соединения, что усиливает ТГС. С позиции электрокоагулологии М.С. Мачабели справедливо полагала, что для предупреждения и лечения ТГС наряду с гепарином нужно использовать и отрицательные аэроионы кислорода. Эти соображения она обосновала в своей последней монографии «Общая электрокоагулология» (1995), изданной, к сожалению, небольшим тиражом.

Открытие коагулопатических синдромов намного опередило время и поэтому воспринималось с трудом. Возможно, поэтому М.С. Мачабели так и не удалось получить свидетельство об открытии ТГС. Многими был даже отвергнут сам термин ТГС и заменён распространённым на западе понятием ДВС (диссеминированное внутрисосудистое свертывание), предложенным в 1965 году Д. МакКейем. Однако между ТГС и ДВС существуют принципиальные различия. ДВС охватывает лишь нарушения, протекающие в кровотоке, и оставляет в стороне 1-ю и 4-ю стадии ТГС — гиперкоагуле-

мию клеток большого органа и восстановительные процессы. Стронники ДВС совершен, но не учитывают того, что ТГС нарушения начинаются не в крови, а в том органе, где возникла патология.

М.С. Мачабели всегда умела адекватно использовать новые данные и радоваться достижениям других исследователей, так, первоначально среди выделенных ею синдромов был синдром эндогенного гиперфибринолиза и синдром эндогенной гипергепаринемии. Однако в 1970 году мне удалось экспериментально доказать, что таких синдромов у человека быть не может. М.С. Мачабели не только согласилась с этим, но и назвала эти открытия «законами Скипетрова». Точно также она восприняла выдвинутые мной положения о существовании в организме тканевой коагуляционно-литической системы и о ненадёжности фибринолитического механизма у человека.

С Марией Семёновной меня связывали многолетние деловые и дружеские отношения. Во многих вопросах мы были единомышленниками. Она была не только блестящим Учёным, но и верным товарищем, готовым поделиться своими идеями и откликнуться на возникающие исследовательские трудности.

Заслуж. деятель науки России, член ряда зарубежных Академий наук, профессор В.П. Скипетров

Медицинские книги издательства «НЬЮДИАМЕД»

	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА. 2006 г., 184 стр., м.о.		П.А. Воробьев. АКТУАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ. 2004 г., 140 с., т.п.
	Под ред. Никандровой В.Ф., Воробьева П.А. ГОЛОВОБОЛЬ АНГЛО-РУССКИЙ СЛОВАРЬ терминов, используемых в гематологии и коагулологии. 2006 г., 154 с., м.о.		Под ред. П.А. Воробьева. СБОРНИК ПРАВОВЫХ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2004 г., 540 с., т.п.
	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ГЕМОФИЛИЯ. 2006 г., 120 с., м.о.		В.В. Цурко. ОСТЕОАРТРОЗ. ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИИ. 2004 г., 136 с., т.п.
	Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМПЛЕТА. 2 издание 2006 г., 668 с., т.п.		СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. 2004-2006 г. CD
	Под ред. Воробьева П.А. СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМАЛЬНОГО КОМПЛЕТА. 2 издание 2006 г., CD		НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. 2004 г. CD
	Андреев Ю.И. МНОГОЛЕТНЯЯ ГЕМОФИЛИЯ. 2006 г., 232 с., т.п.		ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГочНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И НИЗКИХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ. 2004 г., 64 с., м.о.
	Под ред. Воробьева А.И. ОБЗОРЫ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. 2006 г., 632 с., т.п.		П.А. Воробьев-Рыбинская. ГЛАВЫ ИЗ СЕМЕЙНОГО РОМАНА. 2003 г., 228 с., т.п.
	Горюнов С.Г. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ. 2006 г., 51 с., м.о.		СБОРНИК ДОКУМЕНТОВ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. 2003 г. CD
	Голос Е.Е., Голос Г.Е. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВОСНАБЩЕНИЯ: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения. 2006 г., 254 с., т.п.		П.А. Воробьев. АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. 2001 г., 168 с., т.п.
	Под ред. Воробьева П.А. ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ ТОМ 2 том1, 2002 г., 440 с., т.п. том2, 2005 г., 470 с., т.п.		Под ред. П.А. Воробьева. ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СЛУПНИК ИНТЕРВИСТА. 2001 г., 288 с., т.п., м.о.
	ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ». 2005 г., 76 с., м.о.		Е.В. Петровский. ГЕРОНИМ, ДРАМАТИЗМ И ОПТИМИЗМ МЕДИЦИНЫ. 2001 г., 200 с., т.п.
	Под ред. А.И. Воробьева. РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ. 3-е изд., в 3-х томах, том 3, 2005 г., 416 с., т.п. том 2, 2003 г., 280 с., т.п. том 1, 2002 г., 280 с., т.п.		Под ред. П.А. Воробьева. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ). 2000 г., 80 с., м.о.
	Под ред. П.А. Воробьева. КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (ОЦЕНКА, ВЫБОР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ). 2004 г., 404 с., т.п.		Под ред. Л.М. Горюновского. ИЗБРАННЫЕ ГЛАВЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ. 2000 г., 362 с., т.п.
			А.И. Воробьев, Г.И. Екстрин, В.А. Пашков. И.А. КАСИРСКИЙ И ВРЕМЯ. ВОСПОМИНАНИЕ УЧЕНИКОВ И ДРУЗЕЙ. 1998 г., 156 с., м.о.
			А.И. Воробьев, П.А. Воробьев. ДО И ПОСЛЕ ЧЕРНОВЫХ. ВЗГЛЯД ВРЧА. 1996 г., 180 с., м.о.

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

Начало работы Конференции
1 октября 2007 в 10.00 Начало регистрации - 8.30

Организаторы Конференции:
Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Межрегиональная общественная организация «Научное медицинское общество геронтологов и геронтологов»

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

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- ринит
- синусит
- ларингит и трахеит
- фарингит, ринофарингит
- тонзиллит
- бронхит
- отит
- предоперационная подготовка
- послеоперационный период



**SOLVAY
PHARMA**

119334, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
Тел.: (495) 411-69-11,
факс: (495) 411-69-10
Http://www.solvay-pharma.ru
E-mail: info@solvay-pharma.ru

В тридевятом царстве, в тридесятом государстве случилась эта поучительная история. А может быть, и не случилась, а выдумана она от начала и до конца. Да и персонажи приснились автору в ночном кошмаре. Но обо всем по-порядку.

Насобирали на одной станции переливания крови у доноров ценнейшую жидкость, плазму в карантин положили, чтобы выдержалась она там, настоялась.

А эритроциты положили в холодильник, где и начали они портиться. Ни много — ни мало, скопилось тех эритроцитов аж 500 килограммов. Ну, не сразу, и может — не скопилось, а могло скопиться. Или на бумаге были эти эритроциты, а так их вылили в канализацию. Ведь ничего не стоит у нас кровь — станции получают деньги за объемы ее заготовки, а не за количество перелитой крови. Чем больше заготовили — тем больше получили от государства. Но хочется всегда еще больше.

Так вот, эти эритроциты — то ли старые, то ли негодные, то ли на бумаге существующие — продали. Да не куда-нибудь, а в крупный государственный институт, который, потребляя много донорской крови, сам себя ею обеспечивал. Зачем вдруг такая покупка, что такого экстренного случилось — непонятно.

Ну, купили — и купили, скажет Вы. Ведь никто не запрещает. Верно. Только можно ведь покупку провести на бумаге, а сами эритроциты — товар скоропортящийся. Не беда — испортится — спишет. Или провести можно по бумажкам передачу в клинику — кто там считать станет, бухгалтерия, что ли, рыться в историях болезни будет? Такой вот незамысловатый бизнес. И сразу суммы возникают с большим количеством нулей, и почти что делать ничего не надо — все по бумагам провели и концы в воду, простите — эритроциты в унитаз.

Недавно появился еще один новый в нашей жизни термин и еще одна новая технология: донор-проститутка. Утром, перед станцией переливания крови выстаиваются жучки и пропускают доноров к двери сквозь строй. Предлагают за дозу

крови деньги большие, чем дают на этой станции. И действительно деньги дают, только кровь эта потом продается без всякого обследования, так как собирается

ОБЩИЙ АНАЛИЗ

Б. Ладов

ПОБАСЕНКА О КРОВИ

она подпольно. Получается фальшивая кровь: вы думаете, что переливаете хорошую, а на самом деле — паленую, контрафактную. Единственная гарантия от этого — этикетка, но никто не может быть уверен, что этикетка не поддельная. Никакой «степени защиты» на этикетке нет. Даже голограмм, как на лекарствах.

Рынок крови появился не сегодня, он существовал подпольно все девяностые годы, да и раньше, в СССР возили доноров из средней России в союзные республики «для родственника». Об этом было не принято говорить, да только появлялась кровь из Сибири на Северном Кавказе в стройных рядах боевиков. Действительно, ведь террористы тоже люди, и многие из них — наши граждане. Им тоже кровь нужна, и не только выпускаемая из мирных граждан. Сегодня рынок донорской крови законодательно легализован, никаких запретов продажи не существует. Но не существует и никаких документов, регулирующих этот рынок. Рынок дикий, беспредельный, кровавый.

В торговле кровью, похоже, замешаны персоны не последние, известные. Потому-то и истории, которые всплывают, оказываются страшными. До газет доходит, хорошо, если десятая часть, скорее — сотая, а людей эти кровавые торговцы продолжают заражать...

Швейцарская фармацевтическая компания Novartis в рамках XIII Российского национального конгресса «Человек и Лекарство» провела симпозиум с целью повышения квалификации и информированности врачей по вопросам нарушения кальциевого обмена.

В ходе встречи были озвучены результаты исследования, проведенного совместно с Российской Ассоциацией по Остеопорозу и Общественной Российской Ассоциацией Пациентов «Жизнь без остеопороза и переломов».

Специалистами международной организации The International Osteoporosis Foundation была разработана анкета, содержащая 10 вопросов. Она позволяет человеку самостоятельно выяснить, высока ли у него вероятность заболевания остеопорозом. Минутный тест был адаптирован для использования в России. Использовать анкету в своей работе предлагалось не только специалистам, занимающимся проблемами опорно-двигательной системы (ревматологам, ортопедам, травматологам, эндокринологам, неврологам), но и другим врачам (кардиологам, пульмонологом, гастроэнтерологам), поскольку остеопороз — мультидисциплинарное заболевание, часто сопровождающее болезни желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания, а также многие другие хронические болезни.

Различные реформы, нестабильный период перестройки отразились на медицине: в частности, была нарушена медицинская статистика. Статистики по остеопорозу, например, не было вообще, поэтому результаты данного исследования представляют значительную ценность.

Результаты неутешительны — каждая пятая женщина и каждый седьмой мужчина в возрасте от 50 лет больны остеопорозом.

У каждого третьего из 10 000 обследованных в анамнезе имел место хотя бы один перелом, у каждого 15-го — отмечались переломы костей у родственников. Кроме того, было выявлено снижение массы тела, боли в костях.

Внимание исследователей привлекли следующие факты: в 52% случаев пациенты на приеме у доктора сообщали об имеющихся у них факторах риска остеопороза, клинических признаках или предпосылках его развития, однако лечащие врачи в 68% случаев рекомендовали лишь препараты кальция и витамина D, хотя эти препараты могут быть использованы лишь для профилактической цели. А для базисного лечения остеопороза нужны специальные препараты! Вот и получилось, что адекватное лечение получили только треть (32%) больных!

Еще предстоит уточнить, чем обусловлено такое невнимание к остеопорозу. То ли недостаточным знанием заболевания и современных подходов к его лечению, то ли иными факторами.

В любом случае, очень важно говорить об этом вслух. Сотрудники компании Novartis рады, что им удалось поднять данную проблему и привлечь к ней внимание врачей и пациентов.

Миакальцик
КАЛЬЦИТОНИН



Сохраняет микроархитектуру
кости

Обладает выраженным
обезболивающим действием

Эффективное
антирезорбтивное средство

Снижает риск переломов

Когда жизнь в радость

Полную информацию о препарате можно получить
в Представительстве компании «Новартис Фарма Сервис Инк.»
по адресу: 123104, Москва, Б. Паладиновский пер., 15
Тел.: (495) 967 1270 / Факс: (495) 967 1265
www.novartis.ru / www.miacalcic.ru

NOVARTIS

**XII Международная
научно-практическая конференция**

**ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.**

Москва
1 - 3 октября 2007 года

ПРИГЛАШЕНИЕ

Вход свободный

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»). Тираж 6000 экз.

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

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

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

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, 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. Гогин, 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. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириченко, 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. Новоженков, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погочева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Турин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостаков, А.В. Шлектор, 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 геронтологии

Телефон 8-499-782-31-09, e-mail: mtpndm@dot.ru www.zdrav.net

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

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности не несет.