

Научно-практический рецензируемый журнал

Основан в 2008 г.

Клиническая фармакология и фармакоэкономика

ООО Медико-технологическое предприятие НЬЮДИАМЕД

Директор издательства:

Буланова В.А.

Директор по маркетингу:

Рихард Г.С.

Научный редактор:

Жихарева Л.В.

Издательство НЬЮДИАМЕД

Адрес редакции:

115446, Москва, Коломенский пр., 4, а/я 2

МТП Ньюдиамед

Тел./факс (499) 782-31-09

E-mail: mtndm@dol.ru

Internet: www.zdrav.net

Компьютерная верстка:

ООО «Авансед Солюшнз»

Индекс журнала 70182

по каталогу агентства

РОСПЕЧАТЬ «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

При перепечатке ссылка на журнал обязательна

Установочный тираж 3000 экз.

© Издательство НЬЮДИАМЕД

Формат 60×90/8

Печ. л. 6. Заказ

Отпечатано в ООО «Возрождение»

Издательство НЬЮДИАМЕД, Москва, 2010

СОВЕТ ГЛАВНЫХ РЕДАКТОРОВ:

В.А. Батурин (Ставрополь)

П.А. Воробьев (Москва)

С.Ш. Сулейманов (Хабаровск)

А.К. Хаджидис (Санкт-Петербург)

А.Л. Хохлов (Ярославль)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Айнабекова Б.А. (Казахстан)

Алексеева Е.И. (Москва)

Баев В.В. (Абакан)

Базанов Г.А. (Тверь)

Богословская С.И. (Саратов)

Борисенко О.В. (Москва)

Бримкулов Н.Н. (Кыргызстан)

Бурбелло А.Т. (Санкт-Петербург)

Везикова Н.Н. (Петрозаводск)

Габбасова Л.А. (Москва)

Гришина Н.А. (Вологда)

Громова О.А. (Иваново)

Елисеева Е.В. (Владивосток)

Зиганшина Л.Е. (Казань)

Зырянов С.К. (Москва)

Козлов С.Н. (Смоленск)

Кузин В.Б. (Н. Новгород)

Куракбаев К.К. (Казахстан)

Леонова М.В. (Москва)

Мажитов Т.М. (Казахстан)

Михайлов И.Б. (Санкт-Петербург)

Молоковский Д.С. (Санкт-Петербург)

Недогода С.В. (Волгоград)

Немченко А.С. (Украина)

Перепанова Т.С. (Москва)

Пономарева А.И. (Краснодар)

Прибыткова О.В. (Челябинск)

Пчелинцев М.В. (Санкт-Петербург)

Ротару М.Е. (Молдова)

Рудакова А.В. (Санкт-Петербург)

Сарвилина И.В. (Ростов)

Скальский С.В. (Омск)

Сычев Д.А. (Москва)

Хапалюк А.В. (Белоруссия)

Чижова Г.В. (Хабаровск)

Шпигель А.С. (Самара)

Щетинин Е.В. (Ставрополь)

Яковлева Л.В. (Украина)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Баранов А.А.

Белоусов Ю.Б.

Быков А.В.

Верткин А.Л.

Власов В.В.

Воробьев А.И.

Егоров А.М.

Игнатов Ю.Д.

Комарова В.П.

Кукес В.Г.

Лепахин В.К.

Насонов Е.Л.

Петров В.И.

Чучалин А.Г.

Редколлегия журнала
«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИКА»
просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию журнала,
в строгом соответствии с правилами

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. Журнал «Клиническая фармакология и фармакоэкономика» публикует статьи по следующим направлениям: фармакокинетика и фармакодинамика, фармакогенетика, фармакоэкономика и клиничко-экономический анализ, фармакоэпидемиология, формулярная система – руководства, перечни, стандартизация и управление качеством лекарственной терапии, медицина доказательств, редко применяемые лекарства, негативные перечни лекарств, жизненная важность лекарственных средств, диагностические лекарственные средства, регистрация лекарственных средств, клинические испытания, этика и лекарства, ценообразование и референтные цены, экономика фармации, юридические проблемы фармакотерапии, биологические активные добавки, безрецептурные препараты и отечественное самолечение, фармакогеронтология, педиатрическая и акушерства фармакология, безопасность лекарственных средств. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану.

2. Статья должна быть напечатана и представлена в редакцию и (обязательно) набрана на компьютере в любом текстовом редакторе в системе Windows (перенос слов не делать).

3. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 300–350 строк шрифтом не менее 12-го кегля.

4. В выходных данных указываются название работы, инициалы и фамилия авторов, должность автора, контрактный телефон и E-mail, название и полный адрес учреждения, в котором выполнена работа, город. Необходимо сообщить фамилию, имя и отчество контактного лица (автора), с которым редакция будет вести переписку, его адрес и телефон. Статья должна быть тщательно выверена автором, т. к. редакция не высылает корректуру.

5. Оригинальные исследования должны сопровождаться краткой аннотацией (реферат).

6. В тексте статьи аббревиатуры не допускаются, термины и другие определения указываются полностью.

7. Математические и химические формулы должны быть написаны очень четко, с указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это не ясно из текста.

8. Таблицы должны быть компактными, иметь название, текст статей должен содержать ссылку на таблицу. Цифры в ней не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.

9. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков, необходимых для понимания текста. Рисунки должны быть представлены на дискете (или отправлены по E-mail) в любом графическом редакторе и в распечатанном виде. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте статьи должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6×9 см и хорошего качества.

10. К статье необходимо приложить список всей цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с при-статейным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: фамилия и инициалы автора, название статьи, название журнала, год, том, вып., стр. Пример: Вялков А.И. // Пробл. станд. в здравоохран. 1999. № 2. С. 3–7; Davanger M. // Brit. J. Ophthal. 1981. Vol. 65. P. 138–141.

11. Для книг и сборников необходимо указать точные заглавия по титульному листу, место и год издания. В список литературы не включаются неопубликованные работы (за исключением препринтов) и ссылки на учебники.

12. К каждой статье должен быть приложен список ключевых слов (на русском и английском языках).

13. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!

14. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения в текст, включая названия статей, термины и определения.

Статьи следует направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский проезд 4, а/я 2, МТП НЬЮДИАМЕД,
редакция журнала «Клиническая фармакология и фармакоэкономика»
E-mail: mtpnadm@dol.ru или office@rspor.ru

**ХIII Международный конгресс
Межрегиональной общественной организации
«Общество фармакоэкономических исследований»
«СПРАВЕДЛИВОСТЬ, КАЧЕСТВО, ЭКОНОМИЧНОСТЬ:
ОТ ОБЩЕГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕШЕНИЙ
ДО РЕШЕНИЙ НА УРОВНЕ БОЛЬНИЦЫ»**

Москва, 20—21 декабря 2010 г.

ТЕЗИСЫ*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ ИБС
В СОЧЕТАНИИ С ПРЕМОРБИДНЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Б.Б. Адильбекова

АО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан

В настоящее время одной из актуальных проблем в клинике внутренних болезней является выбор оптимальной дифференцированной базисной антиангинальной терапии у больных коронарной болезнью сердца в сочетании с респираторными факторами риска и/или преморбидными респираторными нарушениями. В последние годы в ряде крупных рандомизированных исследованиях показано, что добавление β -адреноблокаторов к терапии улучшает долгосрочный прогноз у больных коронарной болезнью сердца. Вместе с тем до настоящего времени применение даже кардиоселективных β -адреноблокаторов ограничивается у значительной части пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), имеющих незначительные респираторные нарушения из-за опасности развития у них бронхоспастических осложнений.

Нами проанализирована клиническая эффективность терапии небивололом у 20 больных ИБС, стабильной стенокардией I–II ФК в сочетании с преморбидными респираторными факторами риска. Длительность лечения составило 6 месяцев. При изучении клинической эффективности небиволола нами учитывалась частота приступов стенокардии в неделю и толерантность к физической нагрузке.

Антиангинальный эффект у больных при приеме небиволола проявился снижением частоты приступов стенокардии — с $19,8 \pm 1,6$ до $6,9 \pm 1,3$, что в процентном соотношении составило снижение на $65,1 \pm 2,9\%$ в неделю ($p < 0,001$). В группе больных ИБС, получавших метопролол, снижение частоты приступов стенокардии было менее выраженным и составило $46,4 \pm 4,5\%$.

В данной группе наблюдаемых больных ИБС зафиксировано увеличение толерантности к физическим нагрузкам с $70,8 \pm 2,1$ до $113,5 \pm 2,7$ Вт, что в процентном соотношении составило увеличение на $60,3 \pm 3,1\%$ ($p < 0,001$), тогда как у больных группы сравнения прирост толерантности к физической нагрузке в процессе лечения метопрололом составил лишь $28,9 \pm 2,5\%$.

Небиволол в процессе лечения не ухудшал бронхиальную проходимость. $ОФВ_1$ в группе небиволола до терапии у больных ИБС без респираторных факторов риска составил $83,90 \pm 7,91$, у больных ИБС с респираторными факторами риска составил $83,4 \pm 2,22$. После лечения — $90,25 \pm 7,24$ и $89,10 \pm 3,75$ соответственно ($p < 0,001$).

Таким образом, кардиоселективный β -адреноблокатор с вазодилатирующим эффектом «Небиволол» является высокоэффективным и безопасным антиишемическим препаратом, не ухудшающим основные респираторные функции у больных ИБС, ассоциированной с преморбидными респираторными состояниями.

**АНАЛИЗ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Б.А. Айнабекова, Т.М. Мажитов, Р.Ж. Карабаева

АО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан

Цель исследования. Анализ фармакоэкономических исследований (ФЭИ) с 2005 по май 2010 гг., проведенных в Республике Казахстан (РК).

Материалы и методы. Проводился информационный поиск по ключевым словам «фармакоэкономика», «фармакоэкономический анализ», «фармакоэкономическая оценка», «клинико-экономический анализ». Было проанализировано 79 научных публикаций отечественных исследователей в республиканских изданиях.

* Тезисы публикуются в авторском варианте без редактирования.

Результаты и обсуждение. Среди работ преобладали ФЭИ в терапевтической (бронхиальная астма, ХОБЛ, артериальная гипертензия (АГ), язвенная болезнь и др.) и психиатрической практике (в основном – фармакоэкономика нейроролептиков). В других областях клинической медицины количество ФЭИ было значительно меньше. Исследований по клинико-экономической оценке новых медицинских технологий не найдено. Выбор тематик ФЭИ носил инициативный характер. Из методов фармакоэкономического анализа (ФЭА) наиболее часто использовался анализ «стоимости болезни» (43%). Анализ «затраты-эффективность» применялся в 30% исследований. Инкрементальный анализ был проведен только в 2-х ФЭИ. Анализ «минимизации затрат» методологически корректно использовался только в 2-х работах. Моделирование в ФЭА применялось в 10-ти (13%) исследованиях. В 6-ти работах экстраполировались результаты зарубежных исследователей с учетом отечественной клинической практики. Остальные работы были представлены ABC и VEN-анализами различных медицинских организаций. Среди проблемных аспектов проведенных ФЭИ можно отметить следующие: отсутствие четко сформулированной цели исследования и потребителя результатов ФЭИ; различное понимание исследователями не только фармакоэкономических терминов, но и методов ФЭА; проблемы по выбору дизайна исследования, обоснованности и измерения критерия эффективности, адекватности применяемых измерений единиц затрат; отсутствие поправок на время проведения исследований, инкрементального анализа; результаты исследований не сравнивались с другими ФЭИ, проведенными в РК; в ряде исследований проводили ФЭА фитопрепаратов, эффективность которых еще предстоит доказать.

Таким образом, в условиях интеграции единой национальной системы здравоохранения в РК имеется необходимость в актуализации и развертывании ФЭИ на фоне надлежащего использования методологии фармакоэкономики, определения координатора и реального потребителя ФЭИ, совершенствования нормативно-правового обеспечения таких исследований.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.В. Анпилова, Г.С. Маль

ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Росздрава

Цель исследования. Анализ фармакоэкономических затрат при различных вариантах терапии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в условиях стационара.

Материалы и методы. Применялись фармакоэкономический и статистический методы. Использовались истории болезни ($n = 268$) мужчин и женщин разделенные на две категории: группа А – пациенты возраст которых составлял 40–49 лет ($n = 127$) и группа В – пациенты возрастной категории 50–59 лет ($n = 141$).

Результаты и обсуждение. У пациентов с АГ II степени в группе А отмечено, что целесообразным фармакоэкономически оказалась комбинация и-АПФ и диуретика. У мужчин комбинация эналаприла и индапамида позволила снизить на 16% уровень систолического артериального давления (САД) и на 17% – диастолического артериального давления (ДАД), что составило 22 руб. на 1% снижения уровня АД.

Значимой фармакоэкономически в терапии АГ III степени оказалась комбинация и-АПФ с бета-адреноблокаторами и диуретиками, представленная фозиноприлом, бисопрололом и гипохлортиазидом, у 89% мужчин в группе В, что обеспечило гипотензивный эффект на 21% по уровню САД и на 13% – по уровню ДАД, что фармакоэкономически составило 23 руб. на 1% снижения уровня АД.

У женщин при лечении и-АПФ с бета-адреноблокаторами и диуретиками более эффективной оказалась комбинация эналаприла, метопролола и индапамида в 94% случаев, что обеспечило эффект на 23% по уровню САД и на 14% – по уровню ДАД, что составило 25 руб. на 1% снижения уровня АД.

Заключение. Оценка проводимого лечения в муниципальных учреждениях здравоохранения по критерию «затраты–эффективность» позволила определить экономически обоснованные комбинации гипотензивных препаратов с учетом возрастных и гендерных особенностей и степени АГ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НИКОТИНЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСДЕРМАЛЬНЫХ СИСТЕМ

Д.О. Асестров, Р.И. Ягудина

ФГБУ НЦЭСМП Минздрава России РФ,

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Курение табака является основным модифицирующим фактором риска смерти во всем мире. Никотиновая зависимость входит в число 7-ми важнейших факторов риска преждевременной смерти в Российской Федерации. В Европейском регионе самая высокая распространенность табакокурения наблюдается в нашей стране и составляет более 50%; постоянно курят 75% мужчин и около 21% женщин. Основным видом медикаментозного лечения никотиновой зависимости являются никотиновые трансдермальные системы. С учетом социально-экономической значимости заболевания, ограниченности возможностей бюджета здравоохранения, а также, в связи с тем, что на фармацевтическом рынке пред-

ставлены различные виды никотиновых трансдермальных систем, возникает необходимость обоснованного выбора оптимальной медицинской технологии лечения никотиновой зависимости. Одним из подходов, позволяющих осуществить указанный выбор и обладающий наибольшей степенью доказательности, является метод фармакоэкономического анализа. Таким образом, обоснована актуальность проведения сравнительного фармакоэкономического анализа зарегистрированных на российском фармацевтическом рынке никотиновых трансдермальных систем, с целью определения оптимальной альтернативы в условиях системы здравоохранения России.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Д.Е. Бакыбаев, Ш.С. Калиева

Карагандинский государственный медицинский университет

В настоящее время во всем мире антибактериальная терапия (АБТ) часто является объектом фармакоэпидемиологических исследований. Проводимые исследования по использованию антибактериальных средств (АБС) включают в себя количественный и качественный анализ с особым акцентом на реальную клиническую практику. Проведение АБТ при хирургических инфекциях вызывает значительные сложности, связанные с ростом количества резистентных к антибактериальным средствам вне- и внутрибольничных штаммов микроорганизмов, необходимостью эмпирической терапии, изменяющейся этиологической структурой основных патогенов раневых инфекций.

Целью исследования. Изучение рациональности проводимой АБТ раневых инфекций в хирургическом стационаре отдельно взятого региона в различные годы с учетом международных рекомендаций и национальных стандартов лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе областной клинической больницы города Шымкент (Республика Казахстан). Проводился ретроспективный сравнительный клиничко-фармакологический анализ рациональности АБТ раневых инфекций в хирургических отделениях областного стационара г. Шымкента в периоды 2003–2004 гг. и 2006–2007 гг. В анализ были включены 1538 медицинских карт стационарных больных, пролеченных в хирургических отделениях с различными раневыми инфекциями. В качестве критериев рациональности АБТ использовались следующие качественные показатели: обоснованность выбора АБС для эмпирической терапии, соблюдение международных и национальных стандартов/рекомендаций, адекватность комбинаций АБС, адекватность дозового и курсового режимов, безопасность терапии с учетом профиля пациентов. Статистическую обработку результатов проводили методами описательной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Анализ рациональности АБТ в конкретном регионе указывает на моменты необоснованного выбора АБС для стартовой терапии в 61,1% и 69,3% случаев, несоответствие дозового и курсового режимов в 27,2% и 41,6% случаев, АБТ соответствовала международным и/или национальным стандартам лишь в 32% и 64% случаев. У 37,2% и 22,8% пациентов комбинации АБС признаны необоснованными и некорректными. Микробиологическое исследование не проводилось почти в половине случаев (52,6% и 42,1%), не учитывались особенности назначения АБС у лиц старческого возраста и лиц с сопутствующей патологией (24,4% и 18,9%). Коррекцию эмпирической терапии после результатов резистогрaмм в 31,3% и 29,7% случаях следует считать неадекватной.

Заключение. В настоящее время практикующие врачи обладают широким арсеналом АБС, в стационарах действуют национальные стандарты диагностики и лечения, однако число дефектов АБТ, свидетельствующее о недостаточном уровне знаний принципов рациональной АБТ, не позволяет говорить о совершенствовании мер по сдерживанию региональной антибиотикорезистентности и повышению качества медицинской помощи.

БЕЗ ПОДОЗРЕНИЙ И ОБВИНЕНИЙ

П.М. Барышев, О.В. Борисенко, И.В. Тюрина

*Формулярный комитет РАМН,
Гематологический научный центр РАМН,*

Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», г. Москва

На состоявшемся III Российском пенсионном форуме с таким сообщением выступила Министр здравоохранения и социального развития РФ Т. Голикова, которая высказала надежду, что экспертному сообществу удастся найти компромисс и предложить законодателям стратегические решения, обеспечивающие сохранение здоровья и качества жизни как нынешних, так и будущих пенсионеров.

Последняя задача, которую Правительство РФ ставило перед социальными ведомствами, выполнены успешно. С 2010 года минимальная пенсия в стране с учетом социальной доплаты не может быть меньше прожиточного минимума в регионе, это дает основание говорить о том, что проблема бедности решена полностью. Напомним, именно величина прожиточного минимума, выраженная в рублях и копейках, служит в нашей стране официальным порогом, отделяющим категорию бедных или малообеспеченных граждан от всех остальных. Благодаря валоризации с начала года средняя трудовая пенсия по старости в стране выросла сразу более, чем на 1000 руб. и составила 7700 руб. Кроме того, Министерство здравоохранения и социального развития РФ добилось отмены социального налога и возвращения к прямому социальному страхованию. Принципиально важно также решение об увеличении социального страхового тарифа с 01 января 2011 года

отчисления на обязательное пенсионное страхование вырастут с 20% до 26% ВВП. В тоже время в пенсионной системе накопилось не мало проблем. Главная из них – увеличивающийся дефицит собственных средств Пенсионного фонда, который покрывается сегодня из федерального бюджета. Эти пенсионные «вливания» слишком тяжелы для бюджета и в качестве «лекарства» предлагается повысить возраст выхода на пенсию.

Естественно в настоящее время накопилось много вопросов о пенсионном возрасте. Председатель Думского комитета по труду и социальной политике А. Исаев заявил, что поднимать эту тему до 2020 г. преждевременно. Т.А. Голикова по-прежнему убеждена, что нужно тщательно просчитать экономические и социальные последствия такого шага, а они на сегодняшний день принесут больше осложнений, чем пользы. Но в дальнейшем не исключается возвращение к обсуждению этой не популярной темы, но не в контексте преодоления дефицита ПФР, а исключительно в качестве меры, позволяющей обеспечить социально приемлемый уровень пенсии в условиях увеличения продолжительности получения пенсии. Одним словом, пока демографические проблемы, связанные с низкой продолжительностью жизни, высоким уровнем заболеваемости в преклонном возрасте, не будут решены, вряд ли Правительство РФ откажется на «сдвигание» возрастной планки при выходе на пенсию.

Дискуссия продолжится в открытом режиме, а окончательный вариант стратегического документа должен появиться в следующем году.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ГОРМОНОЗАВИСИМЫХ ОПУХОЛЕЙ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОДТИПОВ РЕЦЕПТОРОВ ПРОГЕСТЕРОНА И ЭСТРАДИОЛА

П.М. Барышев, Т.А. Федотчева, Е.В. Одинцова, Н.Л. Шимановский

*Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», г. Москва,
Российский государственный медицинский университет Росздрава РФ, г. Москва*

Гормональная терапия опухолей у женщин имеет важное значение, особенно для гормонозависимых новообразований. В зависимости от возраста пациентки (репродуктивный или менопаузальный период) для лечения гормонозависимых опухолей (в частности, рака матки, рака молочной железы и яичников) в качестве гормональной терапии используются антиэстрогенные препараты, ингибиторы ароматаз и гестагены.

В последнее время с развитием фармакогенетики стало очевидным, что стандартизовать схемы лечения опухолевых заболеваний практически невозможно. Это связано с тем, что каждая опухоль имеет свой рецепторный статус, индивидуальный генетический профиль и по-разному отвечает на тот или иной вид терапии. В качестве одного из новых критериев персонализированной оценки рецепторного статуса и разработки индивидуальной терапии мы рассматриваем определение подтипов рецепторов эстрогенов и прогестерона. Некоторые данные о зависимости ответа гормонозависимой опухоли на фармакотерапию от экспрессии подтипов прогестероновых (ПР) А и В и эстрогеновых рецептора (ЭР) α - и β -представлены в таблице.

Эффективность фармакотерапии в зависимости от экспрессии подтипов прогестероновых (ПР) А и В и эстрогеновых рецептора (ЭР) α и β

Рецепторный статус опухоли	Преобладающая изоформа рецептора	Ответ на фармакотерапию	Ссылка
ПР-А(+)/ПР-В(+)	ПР-А	Низкий ответ на гормональную терапию	Carnevale R.P., Proietti C.J., Salatino M. et al. // Mol Endocrinol. – 2007. – Vol. 21 (6). – P. 1335–1358
ПР-А(+)/ПР-В(+)	ПР-В	Положительный ответ на химиотерапию	Cork D.M., Lennard T.W., Tyson-Capper A.J. et al. // Breast Cancer Res. – 2008. – Vol. 10 (3). – P. 207
ЭР α (+)/ЭР β (+)	ЭР β	Положительный ответ на химиотерапию совместно с антиэстрогенами	Murphy L. C., Watson P. H. // Endocr. Relat. Cancer. – 2006. – Vol. 13 (2). – P. 327–334
ЭР α (+)/ЭР β (+)	ЭР α	Положительный ответ на гормональную терапию	Fox E.M., Davis R.J., Shupnik M.A. // Steroids. – 2008. – Vol. 73 (11). – P. 1039–1051
ЭР α (-)/ЭР β (+)	ЭР β	Низкий ответ на гормональную терапию	Fox E.M., Davis R.J., Shupnik M.A. // Steroids. – 2008. – Vol. 73 (11). – P. 1039–1051

Определение подтипов рецепторов половых стероидных гормонов может характеризовать не только прогноз течения онкологического заболевания, но и риск его возникновения. Показано, что преобладание одной из изоформ ПР-(ПР-А) наблюдается у женщин с высокой степенью риска развития рака молочной железы.

Таким образом можно заключить, что экспрессия изоформ ЭР и ПР изменяется при злокачественной трансформации гормоночувствительной клетки. Изоформы имеют различные функции и уровень их экспрессии может служить критерием оценки стадии и формы заболевания, а также критерием чувствительности к гормональной терапии.

ЗАБОТА О ПОЖИЛЫХ ЛЮДЯХ – ПРИОРИТЕТ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКЕ, КОТОРЫЙ НЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРОСТОЙ ФОРМАЛЬНОСТЬЮ

П.М. Барышев, О.В. Борисенко, И.В. Тюрина, Н.Л. Шимановский

*Формулярный комитет РАМН,
Гематологический научный центр РАМН,
Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
Российский государственный медицинский университет, г. Москва*

На прошедшем заседании Президиума Госсовета (октябрь, 2010 г.) обсуждались проблемы пожилых людей и в первую очередь вопрос финансового обеспечения пенсионеров: «Пенсии каждый год увеличиваются, хотя, конечно, они всегда кажутся меньше, чем должны быть. Сегодня у нас уже нет пенсионеров, у которых доходы ниже прожиточного минимума. Это только первый шаг в развитии пенсионной системы», – напомнил Президент РФ Д. Медведев.

Другим определяющим моментом для здоровья пожилых людей является состояние медицинской помощи и лекарственного рынка, где важно сохранять нормальный уровень обслуживания и стабильные цены на медикаменты. «Искусственное завышение цен в этой сфере выглядит аморально, если не сказать преступно, – подчеркнул Президент РФ, – Нужно расширять и аптечную сеть, и практику продажи лекарств в фельшерско-акушерских пунктах с адресной доставкой лекарственных средств».

Обращает на себя внимание и ситуация с социальными учреждениями, где проживают пенсионеры, которых сегодня в стране насчитывается около 4 тысяч. «Там нужно безотлагательно наводить порядок. Это не значит, что там должна быть роскошь. Элементарные вещи можно сделать где угодно». Забота о пожилых людях не должна быть формальностью. Она должна быть в зоне постоянного внимания всех уровней и ветвей власти.

Необходимо взглянуть на отечественное законодательство о социальном обслуживании и модернизировать его. В этом случае требуется Федеральный закон в направлении улучшения благосостояния пожилых людей, такой документ Президент РФ поручил разработать до 1 июля 2011 г.

Участвующие в данном совещании глава Минфина РФ А. Кудрин подчеркнул, что нужно более эффективно использовать в этом направлении имеющиеся средства. Только регионы по разделу «социальная политика» тратят 1,2 трлн руб., поэтому важно обратить внимание на большую адресность социальной поддержки пенсионеров.

Глава Минздравсоцразвития РФ Т.А. Голикова заявила, что Правительство РФ сейчас не обсуждает возможность повышения пенсионного возраста в России. Сначала надо решить вопрос с теми, кто получает пенсии до достижения пенсионного возраста. До тех пор пока стратегически не будет принято решение относительно досрочных пенсий, принимать решение о повышении пенсионного возраста в России было бы не совсем ответственно и даже после этого, все равно, повышение пенсионного возраста подлежит серьезному публичному обсуждению.

Лекарственное обеспечение пенсионеров, в настоящее время, проходит по принципу, как сказала глава Минздравсоцразвития РФ Т.А. Голикова, стационарной медицинской помощи. Что касается амбулаторной помощи, то здесь надо принимать более серьезные решения вместе с федеральным бюджетом.

К ПОРОГУ БЕДНОСТИ В РФ (ПО ДАННЫМ ЭКСПЕРТОВ ООН)

П.М. Барышев, О.В. Борисенко, И.В. Тюрина, Н.Л. Шимановский, Л.В. Жихарева

*Формулярный комитет РАМН,
Гематологический научный центр РАМН,
Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
Российский государственный медицинский университет, г. Москва*

В 2009 г. в России исчезла прослойка экстремально бедных людей, которые могли себе позволить тратить менее доллара в день. Хотя 10 лет назад, по данным ООН, в эту категорию попали 1,1% россиян. Число тех, кто тратит в день менее 2,15 доллара в пересчете на национальную валюту (еще один порог крайней бедности по определению ООН в настоящее время), сейчас в нашей стране таких 0,9% или более 1 млн человек). Кроме того, россиян, располагающих ресурсами в месяц менее 50% от величины прожиточного минимума (средний размер 5625 руб.) – 3,7% или более 5 млн человек (М. Грицук, 2010 г.). Тем не менее, эксперты ООН отмечают, что Россия за последнее десятилетие достигла не плохих успехов в борьбе с бедностью. Но тревожных моментов все равно осталось много.

Максимальным риском бедности в России отмечают семьи с детьми и дети до 16 лет. Уровень бедности среди них в 2008 г. в 1,4 раза превышал средний российский и это не смотря на то, что в 2007 году реализованы меры поддержки семей с детьми. При этом разрыв между общей и детской бедностью продолжал увеличиваться, значит, меры стимулирования рождаемости не повлекли за собой сокращение бедности, отмечают эксперты. Такое положение отмечается не только в России, но и в других странах – Франции, Германии, Греции и Словении.

Пенсионеры в России наоборот сейчас имеют более низкие риски бедности, а работающее население среди бедняков преобладает. Ситуация может измениться только тогда, когда минимальная зарплата достигнет 150% от величины прожиточного минимума. Тогда из числа бедных будут выведены супружеские пары работников с минимальной оплатой труда, воспитывающие одного ребенка. Но эксперты склонны считать, что и это не решит проблему даже при минимальной иждивенческой нагрузке (1 ребенок в семье с двумя родителями получающими «минималку»). В этом случае сокра-

тяться дефицит дохода, но принадлежность к беднякам сохранится. Доход ниже 200% прожиточного минимума, гарантирующего минимальное потребление работнику и одному ребенку, сегодня получают 37,4% всех занятых. Следовательно, при таких заработках, даже в случае если оба родителя работают, доход не обеспечивает потребление на уровне прожиточного минимума для двух детей.

Профиль российской бедности соответствует традиционным характеристикам. Сельские жители в 2 раза чаще оказываются в числе бедных. Большим рискам подвержены безработные, экономически не активные, получатели социальных пенсий и пенсий по инвалидности.

Существует мнение, что в таких случаях необходимо развивать адресные программы для бедных, содействовать росту экономической активности и мобильности трудоспособного населения. Кроме того, необходимо изменять политику занятости населения, уходить от создания дешевых и неквалифицированных рабочих мест — к рабочим местам с достойной заработной платой и высокой квалификацией труда. Таков выход на обозримое будущее по ликвидации бедности в России.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ» ДОЛЖЕН ИДТИ В НОГУ С ТЕХНОЛОГИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ЭКОНОМИКИ

П.М. Барышев, И.В. Тюрина, О.В. Борисенко, Л.В. Жихарева

Формулярный комитет РАМН,

Гематологический научный центр РАМН,

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Президент РФ Д. Медведев 29 июля 2010 г. на заседании Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике поставил задачу адаптации приоритетных национальных проектов к запущенному процессу модернизации. Соответствовать новой политике будет и работа Совета по нацпроектам. «Важно, чтобы бюджетный процесс не подминал под себя национальные проекты, а шел за ними, несмотря на все известные сложности», — указал Президент РФ.

В свою очередь глава кабинета министров В. Путин предостерег от опасности бюрократического привыкания к национальным проектам. «И с таким отношением, конечно, не будем мириться», — заключил В. Путин.

На основании вышесказанного первыми лицами государства утверждены основные направления и параметры реализации нацпроектов на 2011–2012 годы.

Из средств ФОМС планируется направить на реализацию проекта в указанные годы более 113 млрд руб. Одновременно Минздравсоцразвития РФ отмечает необходимость дополнительного финансирования из федерального бюджета стимулирующих выплат медицинскому персоналу первичного звена в объеме 6,33 млрд руб. за 3 года.

Для развития первичной медико-санитарной помощи будут сохранены стимулирующие денежные выплаты медицинскому персоналу участковой службы, фельдшерско-акушерских пунктов и скорой помощи.

Наиболее наглядно об эффективности нацпроекта «Здоровье» свидетельствует позитивная динамика демографических показателей. Так, за время реализации проекта рождаемость увеличилась почти на 21%, смертность сократилось более чем на 12%, в том числе младенческая на 26%. Как результат ожидаемая продолжительность жизни увеличилась почти на 4 года и достигла 69 лет. Естественная убыль населения сократилась в 3,5 раза. Впервые за долгие годы удалось стабилизировать численность населения.

Правда, по оперативным данным Росстата, в январе — августе 2010 г. в РФ умерло 1385 тыс. человек, что на 37,7 тыс. больше прошлого года. Специалисты связывают это положение с аномальной жарой и сильным задымлением во многих регионах страны минувшим летом.

Однако вице-премьер Правительства РФ А. Жуков отметил, что некоторый рост смертности не умаляет результаты серьезной работы, которая была проведена по нацпроекту «Здоровье». И его реализация сохранила положительную динамику. В частности, на 5% снизилась смертность от ДТП, на 12,8% — от алкогольных отравлений.

Кроме того, будет продолжено развитие программы «Родовой сертификат», расширены мероприятия по диагностике заболеваний у детей до их рождения и в первый месяц их жизни (пренатальная и неонатальная диагностика). Так же запланированы меры по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, развитию хирургических методов лечения новорожденных, повышению эффективности лечения бесплодия с применением репродуктивных технологий. Существенное внимание будет уделено повышению квалификации медицинских кадров в области акушерства и гинекологии и создана система паллиативной помощи тяжелобольным детям.

Помимо прочего планируется совершенствование профилактической работы по сохранению здоровья в детском возрасте. В том числе это касается раннего выявления заболеваний приводящих к ограничению репродуктивных функций.

До сих пор острой проблемой в нашей стране продолжает оставаться недопустимо высокое число аборт. В целях уменьшения их числа, планируется создать специализированные центры медико-социальной поддержки беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Будут продолжены и мероприятия направленные на снижение смертности. Основными факторами риска преждевременной смерти по-прежнему остаются высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение, алкоголь, наркомания, и транспортные травмы. Для того, чтобы кардинальным образом переломить ситуацию, наряду с медицинским будут осуществлены и профилактические меры.

С этой целью продолжится реализация начатого в 2010 г. комплекса мероприятий по популяризации здорового образа жизни. Ожидается снижение доли курящих с 47% населения в 2009 г. до 32% в 2013 г. Через 3 года должно быть сокращено потребление алкоголя на 16%.

Уже со следующего года запланировано проведение углубленной диспансеризации подростков в возрасте 14 лет.

Продолжится работа по улучшению медицинской помощи при сосудистых заболеваниях, а также по повышению доступности и качеству специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Уже к 2013 г. планируется закрыть потребность в такой помощи на 86%.

В итоге реализации проекта «Здоровье» планируется снижение смертности на 16,2% к 2013 г. по сравнению с 2009 годом, рост рождаемости на 9,5%, а ожидаемая продолжительность жизни должна достигнуть 71,3 года.

Совершенно очевидно, что эффективные инвестиции в человека, в том числе и за счет развития национального проекта «Здоровье» приведут к улучшению социального самочувствия населения всей страны.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ТЮРЕМНОЙ МЕДИЦИНЫ

П.М. Барышев, И.В. Тюрина, О.В. Борисенко, Л.В. Жихарева

Формулярный комитет РАМН,

Гематологический научный центр РАМН,

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва

Впервые вопрос о необходимости реформы медицинской службы ФСИН поставлен был 1992 г. Академиком А.И. Воробьевым, который будучи министром здравоохранения РФ подготовил Постановление Правительства РФ о выведении медицинской службы из структуры МВД и переводе ее в гражданское ведомство, т. е. Министерство здравоохранения РФ. Однако решить этот вопрос до конца ему не удалось, и спустя 18 лет в 2010 г. поднялась новая общественная волна за реформу медицинской службы Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН), но ситуация пока не изменилась к лучшему. Тем не менее, тюремное ведомство начинает эксперимент в двух субъектах РФ: Санкт-Петербурге и Тверской области.

Суть эксперимента заключается в выведении тюремной медицины из подчинения начальников учреждения, и подчинении ее напрямую медицинскому управлению ФСИН. Действительно, основной упрек правозащитников в том, что, по их мнению, медицина подчинена начальнику СИЗО и поэтому она не объективна в своей оценке. Следовательно, в ходе эксперимента врачи станут независимы от руководителей СИЗО на местах. Чтобы принять взвешенное решение, созданы рабочие группы, в которые вошли представители Минздравсоцразвития РФ, МинФСИН РФ, и Министерства Юстиции РФ уполномоченного по правам человека. Несомненно, у тюремной медицины есть очевидная специфика, как у любой ведомственной структуры. Многие правозащитники предлагали передать тюремную медицину в ведение Минздравсоцразвития РФ, но здесь возникает много проблем и их решать нужно будет тщательно взвесив все обстоятельства.

За решеткой жизнь не останавливается, теперь не редки в колониях свадьбы, которые руководители колоний позволяют проводить действительно по-семейному. Кроме того, А. Реймер сообщил, что воспитательные колонии будут реформироваться по швейцарским технологиям, а в 4-х районах начинается эксперимент по тюремному служению священников.

Кроме того, администрация СИЗО и тюрем добровольно отбирает из числа заключенных совершивших не тяжкое преступление для участия в работах вне зоны. Такие контингенты направляются по месту стройки или других работ, т. е. они получают на основании гражданских прав заработную плату за проделанную работу, отпуска, после чего возвращаются по месту отбывания срока.

В настоящее время в системе ФСИН отбывают наказание более 900 тыс. осужденных. В связи с гуманизацией судебной и юридической системы в России более 200 осужденных по статьям уголовного кодекса, характеризующихся мелкими или средней тяжести преступлениями, переводятся на альтернативные условия отбывания наказания: либо ограничение свободы на дому, либо замена ограничения свободы крупным денежным штрафом.

Согласно данным Российской газеты от 08.11.2010 г. (№ 251, 5330) 57% россиян считают наркоманию первостепенной проблемой, а 60% наших соотечественников ставят проблему наркомании выше, чем терроризм и бедность. «Нет алкоголизму и наркомании» — таков общественный лозунг благотворительного фонда Общественной палаты. Среди осужденных преобладают статьи по наркозависимости и алкоголизму. Однако мы до сих пор не знаем, сколько у нас в стране наркоманов (7 млн или 2 млн человек) Поэтому цифры, которые преподносят исследователи этих проблем отражают не действительность, а интересы тех или иных сторон.

В этом контексте, на наш взгляд, можно сделать следующие выводы по реформированию тюремной медицины:

1. Тюремная медицина должна быть включена в структуру Минздравсоцразвития РФ, и таким образом будет достигнута независимость этой службы в тюремном ведомстве.

2. Все законодательные акты Федерального уровня и внутреннего уровня Минздравсоцразвития РФ одинаково относятся к тюремной медицине и выполняются ею в обязательном порядке.

3. Внимание следует уделять малолетним преступникам, которых суды, как правило, приговаривают к сроку от 3 до 5 лет и переводить эти сроки осужденных на альтернативное выполнение. Особое внимание следует уделить борьбе и профилактике раннего алкоголизма и наркомании в этих контингентах.

4. В структуре Минздравсоцразвития РФ желательно иметь самостоятельное управление тюремной медицины.

Учитывая спектр заболеваемости контингента осужденных, ФСИН России должен являться государственным заказчиком не менее чем 7-ми подпрограмм Федеральной целевой программы: «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2007-2011 годы)», «Сахарный диабет», «Туберкулез», «Анти-ВИЧ/СПИД», «Онкология», «Инфекции, передаваемые половым путем», «Вирусные гепатиты», «Развитие психиатрической помощи».

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЮРЕМНОГО ВЕДОМСТВА В ОТНОШЕНИИ КОРРУПЦИОННЫХ СХЕМ

П.М. Барышев, О.В. Борисенко

Формулярный комитет РАМН,

Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», г. Москва

С приходом в федеральную службу исполнения наказания (ФСИН) нового директора А. Реймера в тюремном ведомстве началась активная реформа и жесткая проверка сложившихся порядков. Были вскрыты массовые коррупционные схемы. Гигантские суммы уходили на закупку якобы современных схем охраны. На деле электроника оказывалась устаревшим хламом, а миллионы попадали в карман ловким поставщикам. Все, что связано с местами не столь отдаленными, никогда не пользовалось народной любовью, раньше не было принято выносить сор из «тюремной избы». Тем не менее, стало известно о скрытых коррупционных схемах, действовавших во ФСИН на протяжении нескольких лет и стоявших государству сотни миллионов рублей. Ряд коммерческих структур рассматривали тюремную систему как свою кормушку, к которой «чужаков» и близко не подпускали. Заметим, тюремное ведомство гигантская структура с миллионом арестантов, сотнями колоний, СИЗО и тюрем. Это огромное хозяйство, на содержание которого выделяются солидные бюджетные средства.

ФСИН подверглась настоящей рейдерской атаке с использованием глубинных коррупционных схем. Если раньше крупные игроки в этом криминальном бизнесе специализировались в основном на поглощении и захвате фирм, предприятий и объектов недвижимости, то теперь они переключились на более лакомый кусок — бюджетные средства. Возникает вопрос, почему в качестве объекта было выбрано именно тюремное ведомство — потому что это закрытая структура, в которую «чужие» правоохранители особо не внедряются, в то же время сама тюремная система не обладает оперативными возможностями противодействия рейдерам, которая есть у МВД или ФСБ (И. Егоров, 2010 г.).

Начиная руководить в прошлом году службой исполнения наказаний А. Реймер предполагал, что столкнется с нечистоплотностью сотрудников, с коррупцией и даже предательством, но то, что придется противостоять попыткам открытого саботажа самой системы даже в голову не приходило. За несколько лет государству не только нанесен ущерб на десятки, а на сотни миллионов рублей, но и была поставлена под угрозу безопасность всей системы ФСИН. Торги проводились на основе открытых аукционов соответственно была открыта и информация технического задания о системе охраны объекта, которая размещалась в Интернете. При этом для претендентов не требовалась даже лицензия ФСБ.

Тендеры в нарушение законодательства заключались так, что коммерсанты отвечали только за поставку оборудования.

К примеру, в этом году из Гособоронзаказа на интегрированную систему безопасности для ФСИН было выделено 300 млн руб. Аукцион должен был пойти в начале лета, и уже весной было разработано необходимое техническое задание в виде двух увесистых томов. Подготовленная документация по конкурсу не могла не вызвать вопросов у директора ФСИН А. Реймара, на которую исполнители не смогли внятно ответить. Управление собственной безопасности ФСИН провело внутреннюю проверку документации на коррупционную составляющую и предмет секретности. Результаты проверки оказались далеко не в пользу разработчиков госконтракта. Техническая документация по тендеру создавалась сразу под определенные фирмы, которые должны были его выиграть. В техзадании вносились своеобразные маячки, которые помогали выиграть нужным производителям.

С целью наведения порядка после получения результатов проверки было принято решение проводить торги в закрытом режиме, а для участия в них «сторожилов» пригласили и другие фирмы, имевшие лицензию ФСБ. Таким образом, контракт получила независимая фирма.

Как следует ожидать, чистка рядов уголовно исполнительной системы ФСИН дается ее новому руководителю А. Реймару с немалым трудом. Уже расстались со своими должностями более двух десятков руководителей колоний и других подразделений. Как правило, за вызывающее отсутствие порядка, демонстративное игнорирование всех норм и правил внутренней службы. Это говорит о том, что застарелая система сопротивляется приведению ее в цивилизованный законный вид. Но выполнение норм закона и порядка для руководства ФСИН прежде всего.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КонтРАСТИРОВАНИЯ ПОЛЫХ ОРГАНОВ С ПОМОЩЬЮ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩЕГО МАГНИТНОГО ВЕЩЕСТВА

П.М. Барышев, В.И. Шарлай, Н.Л. Шимановский

Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», г. Москва,

Российский государственный медицинский университет Росздрава РФ, г. Москва

Широко применяемые в рентгенологической практике рентгеноконтрастные средства, содержащие в своем составе йод или барий, после введения в организм подчиняются физиологическим процессам, связанным с током крови, лимфы и сократительной способностью полых органов. Поэтому они не могут быть депонированы необходимое время в интересующей исследователя области.

Недостатки в методиках рентгенологического исследования полых органов ставят задачи разработки более совершенных способов их контрастирования. Одним из путей усовершенствования методов рентгеноконтрастного исследования органов является создание рентгеноконтрастных средств, фармакокинетикой которых можно управлять извне. Такими

средствами могут быть вещества, содержащие в своем составе магнитомягкие наноматериалы, управляемые внешним магнитным полем.

Цель исследования. Создание стабильного биосовместимого магнитоуправляемого железосодержащего рентгеноконтрастного средства и применение его для изучения рентгеноморфологических и рентгенофункциональных особенностей полых органов.

Материалы и методы. Для получения рентгеноконтрастного магнитного вещества, предварительно названного «Олеоферротрастом» в данной работе использованы вазелиновое масло, олеиновая кислота, двух- и трехвалентное железо, выбранные из группы хлоридов или сульфатов, этанол, дистиллированная вода. Первым этапом в получении «Олеоферротраста» является наработка магнитной фазы — магнетита (Fe_3O_4) размером частиц до 10–20 нм. Дисперсность частиц исследовалась методом электронной микроскопии, которая показала, что Fe_3O_4 (магнетит) представляет собой неагрегированные изометрические наночастицы.

Способность «Олеоферротраста» перемещаться в переменном (импульсном) магнитном поле исследовалась на разработанном нами устройстве (патент РФ № 1321426, патент СССР № 1766422, патент США № 5314400), в котором генерирующим импульсное магнитное поле элементом служил индуктор.

Способ рентгенологического исследования мочевого пузыря включает введение в полость пузыря йодированного рентгеноконтрастного средства (в нашем случае натриевой/меллюминовой соли амидотризоата (Урографина 76%), смешанной с глюкозой 40% в соотношении 1:2) для определения контуров мочевого пузыря и «Олеоферротраста».

Для исследования рентгенофункциональных особенностей полостного органа «Олеоферротраст» перемещают в область верхушки мочевого пузыря и, увеличивая напряженность поля между полюсами электромагнита, приближают контрастное вещество к стенке верхушки органа, и при величине напряженности магнитного поля 370 кА/м растягивают стенку и смещают мочевой пузырь относительно его анатомического расположения.

Такое смещение может иметь полезное значение, когда нам необходимо иметь знания о взаимоотношении полых органов малого таза, например, при опухолевом процессе и в том случае, когда нужно сместить мочевой пузырь при проведении лучевой терапии в малом тазу с целью уменьшения на него лучевой нагрузки.

Придавая различные положения полюсам магнита, т. е. изменяя направление вектора и для каждого направления величину напряженности магнитного поля по отношению к оси пищевода, можно длительно изучать рентгеноморфологические и рентгенофункциональные особенности пищевода.

Проведенные исследования по острой и хронической токсичности показали изменения со стороны биохимии крови животных (кроликов), которые возвращались к норме без каких-либо воздействий.

Таким образом, можно заключить, что новое рентгеноконтрастное магнитное вещество «Олеоферротраст» позволяет контрастировать полые органы и оценивать их рентгеноморфологические и рентгенофункциональные особенности.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНОМАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ

П.М. Барышев, П.А. Малкин, А.С. Духанин, Н.Л. Шимановский

*Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», г. Москва,
Российский государственный медицинский университет Росздрава РФ, г. Москва.*

Клиническая эффективность лечения при назначении топических глюкокортикостероидов (ГК) во многом определяется правильностью выбора препарата и адекватного использования его лекарственных форм в каждом конкретном случае. Назначение ГК без учета противопоказаний и стадий болезни приводит к появлению резистентных и/или осложненных форм различных широко распространенных дерматозов (псориаза, чесотки, пиодермий, грибковых и вирусных заболеваний) и подчас дискредитирует ценный метод наружного лечения кожных заболеваний глюкокортикостероидами.

Направленное изменение структуры кортикостероидных препаратов позволяет получать препараты с более высокой эффективностью. Одной из модификацией стероидов оказалось включение в их молекулу одного или двух атомов галогенов (фтора или хлора), что значительно повысило их противовоспалительную активность, однако параллельно возросла возможность провоцирования этими препаратами различных местных и общих побочных явлений.

Один из современных потенциальных путей разработки новых глюкокортикоидных препаратов включает разделение геномных и негеномных эффектов за счет модификации фармакологических свойств глюкокортикоидов на основе использования наноразмерных полимеров. Вероятно, именно это позволит повысить их клиническую эффективность и уменьшить потенциальную возможность развития нежелательного действия на кожу.

В нашей работе в качестве объекта исследования были выбраны фибробласты — клетки-мишени фармакологического действия ГК, участвующие в воспалительных и аллергических реакциях. Регуляция функциональной активности фибробластов на уровне плазматической мембраны открывает новые возможности терапевтического влияния на процессы воспаления, ремоделирования кожи в нормальной и патологически измененной кожи. В задачи нашей работы входило исследование геномных и негеномных механизмов регуляции активности фибробластов кожи с использованием полимерного препарата кортизола наноразмеров.

Установлено, что в терапевтической области концентраций кортизол подавляет кальциевый ответ фибробластов на ангиотензин II (АП). В физиологическом диапазоне концентраций кортизол потенцирует действие АП, его эффект опосредован взаимодействием с мембранными рецепторами минералкортикоидов. Ингибирующее влияние глюкокортикоидов на

клеточную пролиферацию и синтез коллагена относится к проявлениям их геномного действия, опосредованного внутриклеточными рецепторами. Использование препарата глюкокортикоидов на основе полимерной структуры наноразмеров позволило разделить геномные и негеномные механизмы регуляции активности клетки-мишени.

Таким образом, использование препарата кортизола наноразмеров позволило выявить два типа экстрагеномного влияния глюкокортикоидов на фибробласты: 1) потенцирующее действие ГК на эффект АП, реализуемое через минералкортикоидные рецепторы; 2) антагонистический мембранотропный глюкокортикоидов, выявляемый при использовании фармакологических концентраций стероидов.

Можно предположить, что применение ПВП-модифицированных стероидов (наностероидов) позволит избирательно регулировать функциональную активность фибробластов на уровне мембранной рецепторной системы, что открывает новые предпосылки дальнейшей эволюции топических глюкокортикоидов, применяемых в дерматологии, с помощью наноразмерного дизайна оригинальных молекулярных комплексов.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ КАК ПРИМЕР РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

П.М. Барышев, И.В. Тюрина, О.В. Борисенко, Л.В. Жихарева

Формулярный комитет РАМН,

Гематологический научный центр РАМН,

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Создаваемый Федеральный научно-клинический центр (ФНКЦ) детской гематологии, онкологии и иммунологии станет самым крупным и технологически современным в Европе среди подобных клиник. В его составе два клинических корпуса, лабораторно-функциональный диагностический корпус, консультативная поликлиника с дневным стационаром на 20 коек и реабилитационным центром, а так же учебные и научные центры. Центр рассчитан на одновременное лечение 400 детей страдающих тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями и врожденными нарушениями иммунитета.

Особое место в структуре центра займет пансионат для детей и их родителей на 150 комнат, имеющий вертолетную площадку. В пансионате пациенты будут жить во время 2–3-недельных перерывов между циклами интенсивной химиотерапии, а также в периоде реабилитации после трансплантации.

Директор центра член-корр. РАМН, профессор А. Румянцев считает, что центр действительно является инновационным, не имеющим аналогов, где будет не только оказываться медицинская помощь, но и вестись научные исследования онкологических заболеваний, поражающих преимущественно детский возраст.

В научный совет центра вошли медики из 6-ти стран, а работать здесь выразили желание как иностранные специалисты, так и россияне, которые уехали работать за границу и теперь намерены вернуться. То есть, возникает идея репатрианта, и для приезжих медиков должны быть созданы все необходимые условия не только для работы, но и для жизни. Кроме того, для работы в центре будут привлекаться специалисты из других регионов России, как на постоянной основе, так и на основе командирования. Особым акцентом в лечебной деятельности ФНКЦ станет программа трансплантации костного мозга. Этот вид до сих пор остается дефицитным в стране. В год выполняется около 150 операций по пересадке костного мозга детям – при общей потребности не менее 800–1000 операций. В центре ежегодно будет проводиться 250–300 трансплантаций, однако здесь возникает проблема, в связи с созданием Таможенного союза стволовые клетки приравниваются к товару и их необходимо декларировать, указывать цену и предоставлять ряд документов. Однако стоимости стволовых клетки не имеют, поскольку донор предоставляет их бесплатно. При этом стволовые клетки, по словам специалистов, могут транспортироваться только в течение суток, а затем погибают. Костный мозг от доноров до пациентов из-за границы приходится ввозить не декларировав или по договоренности с таможней, что составляет определенные организационные трудности и трату времени. В первую очередь предполагается, что в центре будут лечиться дети из России, Белоруссии и Казахстана.

Помимо организационных и финансовых вопросов новому центру необходимо приобрести оборудование, для получения радиофармпрепаратов, поскольку их невозможно привозить из других мест, т.к. они «живут» всего несколько часов.

При открытии центра В. Путин сообщил о подписании распоряжения, согласно которому на государственные закупки лекарственных препаратов для людей, в том числе и для детей, страдающих редкими злокачественными заболеваниями будет выделено более 30 млрд руб. Более того, уже подготовлен проект распоряжения об утверждении перечня жизненно-важных лекарственных средств на 2011 г. Глава Минздравсоцразвития РФ Т. Голикова уточнила, что в январе 2010 г. количество больных этими заболеваниями составило 56 тыс. человек, а по данным на 1 ноября 2010 г. их численность возросла на 60%. Поэтому сейчас заключается контракт на 2 года на поставку этих дорогих препаратов. Кроме того, из перечня жизненно-важных препаратов на 2011 г. исключено 16 препаратов, которые либо не имеют на территории России регистрации, либо вообще не завозятся в страну. И в тоже время в перечень введен 41 новый препарат. Было обращено внимание, что ФНКЦ будет оказывать помощь 7-ми моногородам на общую сумму 2,7 млрд руб.

Можно полагать, что уровень оказания медицинской помощи, в том числе и высокотехнологичной, на уровне европейских стандартов будут осуществлены в ближайшие 2-3 года на территории России по средствам введения в строй подобных научных центров не только в Москве, но и в других городах России.

ABC/VEN АНАЛИЗ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Н.В. Бездетко, И.В. Чинуш

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

Комплексная оценка качества медицинской помощи в современных условиях ограниченных ресурсов здравоохранения наряду с клинической эффективностью и безопасностью должна отражать степень рациональности расходования финансовых средств в процессе осуществления лечебного процесса.

Цель исследования. Оптимизация расходов на фармакотерапию (ФТ) пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в одном из ЛПУ г. Харькова на основании результатов фармакоэкономического анализа реальной клинической практики.

Задачи исследования: анализ ФТ пациентов с ГБ, пролеченных в ЛПУ в 2009 г.; оценка соответствия лечения Протоколам, утвержденным МЗ Украины, оценка степени рациональности расходования финансов на ФТ пациентов с ГБ в данном ЛПУ.

Материалы и методы. Проанализировано 108 историй болезни (ИБ) пациентов с ГБ II стадии, проходивших стационарное лечение в 2009 г. Среди пациентов, чьи ИБ были проанализированы, у 86-ти ГБ сочеталась с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией II функционального класса; у 14-ти — с сахарным диабетом, у 8-ми — с хроническим обструктивным бронхитом. Среди пациентов было 56 женщин и 52 мужчины в возрасте от 38 до 69 лет. Использовали частотный, ABC- и VEN-анализ. В группу V включали препараты (ЛП), упомянутые в утвержденных МЗ Украины «Протоколе оказания медицинской помощи больным с ГБ» и «Протоколе оказания медицинской помощи больным с ИБС: стабильной стенокардией»; в группу E — ЛП, упомянутые в Протоколах как дополнительные, остальные ЛП относили к группе N. При расчетах использовали средние оптовые цены с учетом средней розничной надбавки на ЛП по состоянию на 1.01.2010 г.

Результаты и обсуждение. Установлено, что финансы на ФТ расходуются нерационально: 68% денежных средств потрачено на второстепенные препараты: мексикор, изотонический раствор натрия хлорида, лазолван, эссенциале, сенаде. ЛП группы V составили 18% от номенклатуры и 16% от суммы затрат на ФТ.

Руководству ЛПУ следует пересмотреть схемы лечения пациентов с ГБ и сочетанием ГБ и ишемической болезнью сердца для повышения качества медицинской помощи и оптимизации финансовых ресурсов на ФТ.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЦЕНА ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Н.А. Беляков, Н.В. Сизова, С.Э. Торопов, Н.Г. Захарова, В.В. Рассохин, Е.В. Степанова

ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург

Пандемия ВИЧ/СПИД самая глобальная проблема в мире. По данным UNAIDS и ВОЗ в мире каждый день более 6800 человек заражаются ВИЧ, более 5700 человек умирают от СПИДа. С точки зрения фармакоэкономического анализа ВИЧ-инфекция является тяжелым экономическим бременем, как для государства, так и для пациента. В России по приоритетному национальному проекту «Здоровье» в 2006 году на борьбу с ВИЧ и вирусными гепатитами было выделено около 3,7 млрд руб. (140 млн долл. США), в 2007 г. эта сумма увеличилась более чем в два раза — до 7,8 млрд руб. (300 млн долл.), в 2010 г. бюджетные расходы составляют 10,9 млрд руб. С каждым годом увеличивается распространенность мутаций резистентности среди ВИЧ-инфицированных пациентов, не получавших ранее ВААРТ. Рациональная и фармакоэкономически эффективная лекарственная терапия ВИЧ-инфекции позволит не только снизить затраты на лечение данного заболевания, но и улучшить значения социальных показателей и показателей здравоохранения.

Цель исследования: проведение фармакоэкономического анализа схем ВААРТ.

Основные задачи: анализ современных схем лечения ВИЧ-инфекции; оценка прямых медицинских затрат на ВААРТ с учетом стоимости основной ВААРТ терапии, лабораторной диагностики, пребывания пациента в стационаре, обследования и медицинского сопровождения; анализ финансовых потерь, связанных с резистентностью к препаратам ВААРТ; сравнение затрат на проведение теста на резистентность для всех пациентов с затратами, связанными с потерями вследствие развития резистентности к препаратам ВААРТ.

Материалы и методы. Сравнение производилось посредством анализа минимизации затрат.

Результаты и обсуждение. В данном анализе выявлено, что схема первой линии ВААРТ — эфавиренц + комбивир является наименее затратной даже с учетом потерь вследствие резистентности. Стоимость прямых медицинских затрат при использовании данной схемы составила 146,6 тыс. руб. в год на 1 пациента. Во второй линии терапии схемой с наименьшими прямыми медицинскими затратами 268,5 тыс. руб. оказалась схема калетра + видеке + абакавир. Стоимость терапии «схем спасения» превышает стоимость терапии 1 и 2 линии в 6,1 и 12,9 раз соответственно. Потери вследствие резистентности на схемах резерва ниже, чем на 1 и 2 линиях. Сравнение затрат по проекту «Здоровье» с 2006 г. по июнь 2009 г. для Центра СПИД города Санкт-Петербурга, связанных с потерями вследствие резистентности (23733 тыс. руб.) и затрат на проведение теста на резистентность (16932 тыс. руб.) для каждого пациента, принимающего ВААРТ, показало экономическую целесообразность проведения данного теста.

Выводы. Появление первичной резистентности ВИЧ в нашей стране в будущем приведет к усложнению ВААРТ и значительному удорожанию лечения, что требует серьезной финансово-экономической проработки лечения больных с ВИЧ-инфекцией.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Е.Д. Богданова, Г.В. Чижова, С.Ш. Сулейманов, Н.В. Кирпичникова

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», г. Хабаровск

Современные тенденции диктуют необходимость разработки и внедрения эффективных стандартизированных и экономически выгодных методов профилактики инфекционных осложнений в оперативной гинекологии, особенно у женщин группы риска – с ожирением, экстрагенитальной патологией, гнойно-септическими осложнениями в анамнезе.

Цель исследования. Научное обоснование и сравнительная клинико-экономическая оценка перорального и парентерального методов периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП) у гинекологических больных группы риска.

Материалы и методы. Обследовано 30 женщин основной группы, которым в качестве ПАП назначалась пролонгированная форма цiproфлоксацина для перорального введения по 1000 мг однократно за 4–5 часов до операции. В группу сравнения вошли пациентки, которым с целью профилактики воспалительных осложнений проводилось однократное введение амоксициллина клавуланата на вводном наркозе. В обеих группах больные были сопоставимы по возрасту, частоте факторов риска развития инфекции в области хирургического вмешательства, оперативному вмешательству. В до- и послеоперационном периодах оценивались результаты клинико-лабораторного обследования с развернутым исследованием гемостаза и иммунного статуса.

Результаты и обсуждение. Обе схемы ПАП оказались одинаково клинически эффективными, включая лабораторные показатели. Сравнительная оценка экономической эффективности проводилась путем сравнения суммарной стоимости различных режимов ПАП. Выявленное преимущество периоперационной профилактики цiproфлоксацином было обусловлено разницей в стоимости пероральных и парентеральных антибиотиков, уменьшением скрытых затрат на его использование (расходные материалы, рабочее время медицинского персонала, затрачиваемое на проведение инъекций и др.), уменьшением количества постинъекционных осложнений, снижением частоты аллергических и дисбиотических реакций, возможностью ранней выписки пациента, снижением риска развития нозокомиальной инфекции.

Таким образом, эффективная периоперационная профилактика развития ГСО, отсутствие побочных реакций и экономическое преимущество делает пероральную форму цiproфлоксацина препаратом выбора с возможным включением его в стандарт ведения гинекологических больных с высоким риском послеоперационных осложнений.

ОЦЕНКА ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ СХЕМЫ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АТС/DDD-МЕТОДОЛОГИИ

Е.Н. Бочанова, О.В. Юрьева, Е.М. Курц

ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Краевая клиническая больница, г. Красноярск

Цель исследования. Оценить возможность использования методологии АТС/DDD для оценки внедрения современной схемы антибиотикопрофилактики в отделении эндокринной хирургии.

Материалы и методы. На основании базы данных «ИС:Аптека», данных о структуре пролеченных больных и выполненных оперативных вмешательствах за 2005 г и 2009 г проведен анализ потребления антибактериальных препаратов с расчетом DDDs/100 койко-дней. Оценка выбора препаратов и показаний для антибиотикопрофилактики проведена на основании методических рекомендаций «Антибиотикопрофилактика в хирургических отделениях КРБ», утвержденных главным врачом Краевой клинической больницы.

Результаты и обсуждение. Антибактериальные препараты (АБП) в отделении эндокринной хирургии назначаются для профилактики развития инфекций в области оперативного вмешательства. Более 90% операций являются чистыми и требуют назначения АБП для профилактики только пациентам из групп риска. Уровень потребления АБП в 2005 г. составил 17,7 DDD/100 койко-дней, из них 15,8 DDD/100 койко-дней приходилось на гентамицин. В конце 2005 г. в КРБ утвержден стандарт антибиотикопрофилактики в отделении эндокринной хирургии, препаратом выбора является цефазолин. Уровень потребления АБП в 2009 составил 17,94 DDD/100 койко-дней, из них 17,9 DDD/100 койко-дней приходилось на цефазолин, что свидетельствует об изменении выбора АБП в должную сторону. Расчет потребления АБП в соответствии со структурой проведенных операций в 2009 г. показал, что реальное потребление АБП выше расчетного в 2,3 раза: 17,94 DDD/100 койко-дней и 7,8 DDD/100 койко-дней соответственно. При анализе историй болезни прооперированных пациентов было выявлено, что АБП пациента необоснованно назначается 2–3 дня после операции.

Выводы. Проведенный анализ показал, что применение методологии АТС/DDD дает достоверную информацию о соблюдении рекомендаций по антибиотикопрофилактике и может быть использовано в качестве скринингового метода.

РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ И АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В.И. Бурмистров, О.Ф. Калев, И.В. Чернякова.

ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава,
МУЗ Городская больница № 3 г. Магнитогорска

Актуальность исследования обусловлена необходимостью разработки автоматизированных методов, оценки эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и их адаптации к повседневной деятельности. Традиционно оценка степени тяжести сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) проводится на основе выраженности клинических и параклинических показателей. Однако такие оценки не дают полного представления о ментальном здоровье и не позволяют учитывать динамику показателей физического, психологического, эмоционального состояния, социального и материального положения больного с ХСН в комплексе. Изучение взаимосвязи различных стадий ХСН с качеством жизни (КЖ) позволит полнее раскрыть многоплановую картину заболевания и оценить эффективность проводимого лечения.

Цель исследования. Обосновать критерии и разработать автоматизированную систему для оценки качества жизни больных при различных стадиях ХСН.

Материалы и методы. В настоящее время критерии и нормы КЖ постоянно развиваются, на них влияют многие объективные и субъективные показатели. Поэтому оценка КЖ корректна лишь в сравнении больной – здоровый, больной с одним заболеванием – больной с другим заболеванием и т. д. с максимальным усреднением сторонних факторов. В основу данного исследования положена концепция, рассматривающая основные признаки КЖ в аспекте их многомерности, временной динамичности и участия человека в оценке своего состояния.

Для проведения исследования КЖ при различных стадиях ХСН нами выполнено исследование, состоящее из следующих этапов:

- 1) формирование критериев и выбор специализированного опросника для оценки КЖ;
- 2) автоматизация и компьютерная адаптация опросника MLHFQ;
- 3) выбор лечебного учреждения для проведения исследования и наблюдение за когортой больных и лицами контрольной группы;
- 4) статистическая обработка результатов с помощью пакета программ «STATISTICA».

Результаты и обсуждения. Для оценки КЖ при основных степенях тяжести ССЗ на основе опросника Миннесотского университета MLHFQ разработана и автоматизированная трехуровневая экспертная система. Нижний уровень – вопросы и ответы респондентов, средний – сводные показатели КЖ (физические возможности, эмоциональное состояние, образ жизни, состояние здоровья), верхний – интегральный показатель КЖ.

При выборе основополагающих параметров для оценки КЖ исходили из рекомендаций Всемирной организации здравоохранения: 1) физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); 2) психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания); 3) уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); 4) общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); 5) окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и специальной помощи, обеспеченности, экология, возможность обучения, доступность информации); 6) духовность (религия, личные убеждения).

На этапе компьютерной адаптации опросника MLHFQ предусмотрено его дополнение, а также уточнение и исключение малоинформативных вопросов. Балльная шкала стандартного опросника из целых чисел переведена в более понятную лингвистическую. Экспертные суждения о важности влияния каждого вопроса на сводные показатели, а также сводных показателей на интегральный оценивались в баллах от 0 (нет влияния) до 9 (максимальное влияние). Оценки сводных показателей КЖ определялись по теории нечетких множеств и принимали численные значения в пределах нормируемой шкалы: низкое значение (ноль) – абсолютно хорошее КЖ, высокое значение (пять) – крайне низкое КЖ.

Оценка КЖ у больных ХСН выполнена на базе кардиологического отделения МУЗ Городская больница № 3 г. Магнитогорска, кафедры внутренних болезней и семейной медицины ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава. Обследована когорта больных с I по III стадию ХСН: при ГБ – 65 человек; при ИБС – 74 человека; при сочетанных формах ГБ и ИБС – 72 человека. Контрольная группа (28 человек) представлена больными АГ I стадии без клинических проявлений ХСН. Наблюдения за когортой больных и контрольной группой продолжались в течение 18 месяцев.

Анализ применения предложенных критериев и алгоритма автоматизации оценки КЖ показал высокую информативность выбранного подхода:

- выявлена наиболее значимая корреляционная связь интегрального показателя КЖ со сводными показателями 2-го уровня: физическими возможностями и эмоциональным состоянием больных с ХСН;
- установлено, что по мере увеличения стадии ХСН наблюдается достоверное ступенчатое ухудшение интегрального показателя КЖ. Это позволяет, с одной стороны, использовать показатели КЖ для опосредованного суждения о стадии ХСН, а с другой стороны, обоснованно прогнозировать КЖ при различных степенях ХСН.

В целом можно заключить, что достигнутый уровень автоматизации компьютерной адаптации, диалоговый режим опросника MLHFQ имеют важное прикладное значение для обеспечения доступности практикующему врачу метода оценки КЖ в процессе лечения больных с ХСН.

ВЛИЯНИЕ ВАЛОВОГО ВНУТРЕННЕГО ПРОДУКТА РОССИИ НА ПОТЕРИ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА РАБОТНИКОВ МОРСКОГО ТРАНСПОРТА

В.А. Вагин

Холмская больница ФГУ «ДВОМЦ ФМБА России», г. Холмск

Цель исследования. Изучить влияние экономического роста в России в 2001–2005 гг. на потери трудового потенциала (ПТП) работников морского транспорта (РМТ) Сахалинской области в 2004–2008 гг.

Материалы и методы. Использованы показатели реального валового внутреннего продукта (ВВП) России за 2001–2005 гг., в ценах 2007 г., и DALY (потеря лет здоровой жизни вследствие нетрудоспособности или преждевременной смертности) у 20796 РМТ Сахалинской области за 2004–2008 гг. Учитывая, что изменения DALY наступали спустя некоторое время после экономических изменений, анализ корреляций проводился со сдвигом динамического ряда DALY на три года по отношению к динамическому ряду реального ВВП (реальный ВВП – 2001–2005 гг., DALY – 2004–2008 гг.). Использовались коэффициенты: Стьюдента, корреляции Пирсона, детерминации. Применены информационно-аналитический и математико-статистический методы.

Результаты и обсуждение. С 2001 по 2005 гг. реальный ВВП (в ценах 2007 г.) вырос с 22174,4 млрд руб. до 28414,1 млрд руб. (прирост 28,1%). При этом, DALY (на 1000 РМТ) достоверно уменьшился на 22,3%, с $94,9 \pm 4,3$ чел/лет в 2004 г. до $73,7 \pm 4,5$ чел/лет в 2008 г. ($p < 0,001$) В то же время, DALY вследствие преждевременной инвалидности достоверно снизился на 40,8% – с $39,0 \pm 2,7$ чел/лет до $23,1 \pm 2,6$ чел/лет ($p < 0,0001$), от преждевременной смертности достоверно снизился на 60,5%, – с $40,0 \pm 2,8$ чел/лет до $15,8 \pm 2,1$ чел/лет ($p < 0,0001$), а от заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) практически не изменился – $15,9 \pm 1,8$ и $14,0 \pm 2,0$ чел/лет соответственно ($p > 0,05$).

Выяснено, что DALY отрицательно и сильно зависит от реального ВВП ($r = -0,830$). Связь между DALY от ЗВУТ и реальным ВВП минимальная ($r = -0,083$); преждевременной инвалидности и реальным ВВП – отрицательная и очень сильная ($r = -0,926$); преждевременной смертности и реальным ВВП – отрицательная и сильная ($r = -0,884$). Коэффициент детерминации, определяющий долю влияния показателя реального ВВП на DALY, равен 68,9%, DALY вследствие преждевременной инвалидности – 85,7%, DALY от преждевременной смертности – 78,1%.

Заключение. Таким образом, рост реального ВВП в России влечет за собой сильное снижение потерь трудового потенциала работников морского транспорта Сахалина ($r = -0,830$), в т. ч. очень сильное снижение от преждевременной инвалидности ($r = -0,926$), сильное от преждевременной смертности ($r = -0,884$) и не влияет на ЗВУТ ($r = -0,083$). Доля влияния реального ВВП на DALY за пять лет равна 68,9%, DALY вследствие преждевременной инвалидности – 85,7%, преждевременной смертности – 78,1%.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АНЕМИЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ДИАЛИЗЕ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

П.А. Воробьев, Л.Ю. Безмельницкая, О.В. Борисенко, Е.В. Елисеева, В.В. Баев,
Н.Н. Везикова, Л.С. Краснова

Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», г. Москва

Цель исследования. Получение от больных хронической почечной анемией, находящихся на гемодиализе, информации о тяжести заболевания, качестве жизни, связанном с заболеванием.

Материалы и методы. Одномоментное поперечное исследование – анкетирование 1395 больных с анемией при ХПН в отделениях диализа 23 регионов РФ. Анкета содержала 3 блока данных: персональная, медицинская информация и оценка качества жизни на основании опросника EQ-D5. Анализ эпидемиологических данных проводился с использованием методов описательной статистики; сравнительный анализ в подгруппах – с помощью статистических критериев Хи-квадрат и t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов с анемией при ХПН на диализе составил 42 года, доля пациентов старше 60 лет – 20%. Основные причины развития хронической почечной недостаточности – хронический гломерулонефрит (45%), хронический пиелонефрит (22%), сахарный диабет (10%) и поликистоз почек (8%). Лечение с применением заместительной почечной терапии большинству пациентов проводится длительное время: около 30% получают лечение более 20 лет. Препараты эритропоэтина назначались 95% пациентов, при этом около 50% получали их более 2 лет. Средние значения уровня гемоглобина в крови – 106,6 ммоль/л, достоверных различий этого показателя в группах до и после 60 лет не выявлено. При оценке показателей качества жизни пациентов с анемией при ХПН на диализе наиболее значительные изменения были отмечены по двум компонентам опросника EQ-D5: ограничение повседневной активности и наличие боли и дискомфорта. Сопоставление показателей качества жизни респондентов до и после 60 позволило определить достоверное снижение по всем компонентам опросника, кроме уровня тревоги и депрессии.

Выводы. Несмотря на снижение показателей качества жизни пациентов старше 60 лет по сравнению с пациентами моложе 60 лет, в целом их значения в обеих группах имеют удовлетворительные значения.

МОНИТОРИНГ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА (ГОСТ Р 200) «ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ИНСУЛЬТ»

П.А. Воробьев, Л.Ю. Безмельницына, О.В. Борисенко

Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», г. Москва

Цель исследования. Проведение мониторинга национального стандарта (ГОСТ Р 200) «Протокол ведения больных. Инсульт» на примере нескольких лечебных учреждений.

Материалы и методы. Для исследования была разработана анкета, содержащая вопросы о персональных данных, продолжительности госпитализации в отделениях неврологии и интенсивной терапии, а также потребляемых ресурсах здравоохранения. Анкета заполнялась врачами – неврологами. Расчет затрат на лекарственные средства проводился на основании средних оптовых цен. Определение стоимости медицинских услуг проводилось по методике МОООФИ в соответствии с принятыми тарифами Московского территориального фонда ОМС на оказание медицинской помощи (2010). При определении структуры затрат на фармакотерапию, донорскую кровь и ее компоненты и медицинские услуги проводился ABC-, VN- и частотный анализ.

Результаты и обсуждение. Было проанализировано 140 анкет, полученных из Российской Военно-Медицинской Академии им. С.М. Кирова, ГУ Межрегиональный Клинико-Диагностический Центр, г. Казань, – МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Челябинск. Средний возраст пациентов – 60 лет. Соотношение женщин и мужчин – приблизительно 1:5. Затраты на лекарства на одного пациента составили 9235 руб. Затраты на диагностические и лечебные процедуры – 5724 руб. на одного пациента. Средний период госпитализации в отделении неврологии – 16 дней, при этом затраты на пребывание и уход составляют 12182 руб. Госпитализация в отделение интенсивной терапии была показана 57% пациентов, участвовавших в исследовании, средняя продолжительность составила – 4 суток, затраты – 2514 руб. на одного больного. В результате мониторинга «типичной практики» было выявлено, что около 50% лекарственных средств, вошедших в протокол, не используются в типичной практике. Значительно снижена частота назначения антидепрессантов, противосудорожных препаратов и миорелаксантов. Анализ «типичной практики» оказания услуг пациентам с ишемическим инсультом позволил определить, что в структуре затрат на услуги преобладают манипуляции, выполняемые средним персоналом, а не дорогостоящие исследования, такие как магнитно-резонансная и компьютерная томография. Реабилитационная и психологическая помощь проводится лишь в единичных случаях, что значительно ухудшает реабилитационный прогноз.

Выводы. Затраты на стационарное лечение на одного пациента с ишемическим инсультом составили 27 тыс. 704 руб., средней период пребывания пациента в стационаре – 16 суток. При мониторинге национального стандарта (ГОСТ 200) «Протокол ведения больных. Инсульт» выявлены значительные несоответствия в лекарственной терапии и перечне медицинских услуг в «типичной практике».

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦЕЛЕБРЕКС (ЦЕЛЕОКСИБ) У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ

П.А. Воробьев, М.В. Лесничева, О.В. Борисенко

Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», г. Москва

Цель исследования. Проведение клиничко-экономического анализа применения препарата целекоксиб (целебрекс) по сравнению с традиционными НПВС (диклофенак и ибупрофен) у больных ревматоидным артритом и остеоартритом.

Материалы и методы. Проведение анализа «затраты-эффективность» в модели, построенной на основании объединенных результатов клинических исследований. Исследование проводилось с позиции государственной системы здравоохранения. Затраты на лечение пациентов во всех группах определялись не только затратами на тот или иной препарат из группы НПВС, но и затратами на лечение наиболее часто возникающего при приеме всех исследуемых препаратов осложнения – язвы желудка. Для расчетов затрат на лекарства использовались средние оптовые цены на лекарственные препараты из информационного бюллетеня «Фарманалитик» одновременно. Данные о практике лечения осложнений терапии НПВС (язва желудка) получены из стандартов амбулаторной медицинской помощи (Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 241).

Результаты и обсуждения. Затраты на купирование болевого синдрома у пациента из группы целекоксиба составили 2250,36 руб., в группе диклофенака – 2755, 2 руб, и в группе ибупрофена – 4016,88 руб. затраты на лечение этого осложнения у 1 пациента в группах диклофенака и ибупрофена составили 8,4 руб., в группе целекоксиба 2,4 руб. Наименьший коэффициент «затраты-полезность» получен для целекоксиба (51,41 руб. за 1 балл по шкале WOMAC), по сравнению с диклофенаком (63,06 руб. за 1 балл по шкале WOMAC) и ибупрофеном (91,85 руб. за 1 балл по шкале WOMAC). Инкрементальный показатель «затраты-полезность» при применении целекоксиба по сравнению с диклофенаком составил – 11,65 руб. (экономия 11,65 руб. за 1 балл по шкале WOMAC). Инкрементальный показатель «затраты-полезность» при применении целекоксиба по сравнению с ибупрофена составил – 40,44 руб. (экономия 40,44 руб. за 1 балл по шкале WOMAC).

Выводы. Анализ «затраты–полезность» показал, что схема лечения остеоартрита и ревматоидного артрита с использованием цефекоксиба является более экономически выгодной по сравнению с лечением диклофенаком и ибупрофеном, и является доминирующей стратегией.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭЛТРОМБОПАГ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ

П.А. Воробьев, Л.С. Краснова, О.В. Борисенко

Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», г. Москва

Цель исследования. Проведение клинико-экономического анализа применения препарата элтромбопаг (Револейд) при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре (ИТП).

Материалы и методы. Проводилась оценка типичной практики ведения больных ИТП, которым противопоказана спленэктомия, по данным опроса экспертов. В анкету вошли вопросы о типичной тактике ведения таких больных с момента установления диагноза и в последующие годы лечения. Анкета была роздана 5-ти врачам-гематологам, имеющим опыт лечения ИТП, работающих в разных ЛПУ России. В исследовании учитывались только прямые медицинские затраты. Определение стоимости медицинских услуг проводили по методике МОО «Общество фармакоэкономических исследований» в соответствии с принятыми тарифами Московского территориального фонда ОМС на оказание медицинской помощи (2010 г.). Была построена сравнительная модель с использованием альтернативных подходов к лечению ИТП при невозможности выполнения спленэктомии. Сравнение элтромбопага с ромиплостимом в качестве препаратов второй линии. Проводилось наполнение модели Маркова для расчета показателей «затраты-полезность» и «затраты-эффективность» при лечении ИТП у больных, которым противопоказано проведение спленэктомии, препаратами элтромбопага и ромиплостим. Моделирование проводилось с учетом временной перспективы 2 года, 10 и 20 лет. Рассчитывались показатели: затраты на ведение 1 больного, добавочные годы жизни, добавочные годы жизни с поправкой на качество (QALY), а также инкрементальные показатели – «затраты на дополнительные годы жизни», «затраты на предотвращение 1 смерти», «затраты на 1 QALY».

Результаты и обсуждение. Соотношение «затраты-эффективность» по критерию эффективности «дополнительные годы жизни» через 2 года от начала заболевания составило 775681,81 руб., 895655,55 руб. для элтромбопага и ромиплостима соответственно, через 10 лет от начала заболевания – 609223,18 руб., 691595,13 руб. соответственно, через 20 лет от начала заболевания – 483201,43 руб., 548145,6 руб. соответственно. Соотношение «затраты-полезность» по критерию эффективности «дополнительные годы жизни с поправкой на качество» (QALY) через 2 года от начала заболевания составило 1091985,21 руб., 1274832,25 руб. для элтромбопага и ромиплостима соответственно, через 10 лет от начала заболевания – 983019,86 руб., 1126109,01 руб. соответственно, через 20 лет от начала заболевания – 910749,31 руб., 1041712,42 руб. соответственно.

Выводы. Применение элтромбопага при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре в качестве терапии первой линии является более экономически выгодным по сравнению с применением ромиплостима.

АНТИМИКРОБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ: ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Б.И. Гельцер, Е.В. Елисеева, Д.В. Кондрашова

*Владивостокский государственный медицинский университет,
ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр ФМБА России»*

В общей доле затрат на лекарственные средства (ЛС) в ожоговом отделении антимикробные препараты (АМП) занимают лидирующую позицию и, по нашим данным, составляют 54,81%.

Цель исследования: проанализировать структуру потребления АМП в ожоговом отделении.

Материалы и методы. На уровне ожогового отделения собраны данные о потреблении АМП разных групп по расходным документам за год. Для количественного описания потребления АМП использовалась рекомендуемая ВОЗ система «условных суточных доз» (Defined Daily Doses (DDD на 100 койко-дней)).

Результаты и обсуждение. При анализе потребления АМП лидирующие позиции занимают: β-лактамы антибиотики, а именно – цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 358,96 DDD и цефотаксим – 238,1 DDD), карбапенемы: меропенем – 204,78 DDD и имипенем/циластатин – 53,7 DDD, а также защищенные пенициллины – амоксициллин/клавуланат – 123,26 DDD. Значительную долю потребления занимает ванкомицин – 114,7 DDD, что связано с высоким уровнем MRSA в ожоговом отделении. Меньшую долю занимают АМП с преимущественной грамотрицательной активностью: амикацин – 88,08 DDD, цефоперазон/сульбактам – 58,2 DDD, цефтазидим 38,12 DDD, цефепим – 26,57 DDD.

Также нами проведен анализ локальной чувствительности микроорганизмов: чаще всего из ожоговых ран высеваются *S. aureus* (41%) и *Ps. aeruginosae* (12,3%). Наиболее активными антибактериальными препаратами в отношении исследованных микроорганизмов были карбапенемы, ванкомицин, амикацин, пиперациллин. А наиболее потребляемый цефтриаксон проявляет низкую активность (25,3%) в отношении *S. aureus*.

Данные анализа показывают, что лидерами потребления являются АМП широкого спектра действия и ванкомицин. Однако, данные по локальной чувствительности позволяют сделать вывод, что не всегда наиболее потребляемые АМП

являются необходимыми. Таким образом, для оптимизации использования АМП, необходимо проводить параллельный анализ потребления и локальной чувствительности микроорганизмов, что позволит ротировать и рационально подходить к закупке АМП.

СТРУКТУРА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ABC-, VEN- И XYZ-АНАЛИЗОВ

Б.И. Гельцер, Е.В. Елисева, Д.В. Кондрашова

*Владивостокский государственный медицинский университет,
ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр ФМБА России»*

Цель исследования. Изучить структуру лекарственного обеспечения (ЛО) и финансовых затрат ожогового отделения.

Материалы и методы. Для оценки структуры ЛО и финансовых затрат использовались методики ABC-, VEN- и XYZ-анализа, которые объединяются термином – «совокупный анализ затрат». Проанализирована структура ЛО ожогового отделения за 2009 г.

Результаты и обсуждение. Установлено, что группы А и В составляют жизненноважные препараты (V – 100%), а в группе С представлены все ЛС: V – 89,38%, E – 9,45%, N – 1,17%. Также установлено, что в группу А входят: АМП резерва (карбапенемы, ванкомицин), альбумин, энтеральное и парентеральное питание, иммуноглобулин, апротинин, АМП для стартовой терапии. Использование метода XYZ-анализа позволило разделить ЛС, по стабильности характера потребления (таблица).

Данные ABC-, VEN- и XYZ-анализа

ABC	VEN	XYZ	Наименование ЛС (МНН)
A	V	X	Цефтриаксон
B	V	X	Хлоргексидин, Раствор электролитный, Декстроза
C	V	X	Инсулин, Кетамин
A	V	Y	Альбумин, Ванкомицин, Эмульсии для парентерального питания, Апротинин, Цефоперазон/Сульбактам, ГЭКи, Амоксициллин/Амоксиклав
B	V	Y	Цефоперазон, Кетопрофен, Омепразол, Фамотидин, Инфезол, НМГ
C	V	Y	Калия хлорид, Промедол, Левомеколь, Прокаин, Метамизол натрия, Клемастин, Ципрофлоксацин, Дексаметазон, Амидарон, Фентанил, Фуросемид, Преднизолон
C	E	Y	Альгедрат + Магния гидроксид, Дифенгидрамин, Магния сульфат, Диосмектит
A	V	Z	Меропенем, Имипенем/Циластатин, Иммуноглобулин человека нормальный, Парентеральное питание
B	V	Z	Стерофундин, Цефотаксим, Иммуноглобулин антистафилококковый, Линезолид, Цефтазидим, Левофлоксацин, Цефепим
C	V	Z	Цефуросим, Флуконазол, Гелофузин, Дуосол, Панкреатин, Дроперидол, Парацетамол, Метронидазол, Лидокаин, Метопролол, Эшинефрин, Диазепам, Допамин, Метопролол
C	E	Z	Менадиона натрия бисульфит, Бифидум + лактобактерии

Сочетание методов ABC, VEN и XYZ анализа дает возможность оптимизировать ассортимент ЛС, обеспечить первоочередное финансирование жизненноважных ЛС, повысить эффективность использования финансовых ресурсов учреждения, сформировать заявку на аукцион ЛС.

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ПРОЕКТОВ РЕГИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Л.П. Ефимова

ГОУ ВПО Сургутский государственный университет

Цель исследования. Разработка проектов региональных стандартов оказания специализированной стационарной помощи терапевтического профиля для лечебных учреждений Ханты-Мансийского автономного округа-Югры.

Материал и методы. При разработке проектов стандартов за основу принимали федеральные стандарты оказания медицинской помощи, национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний терапевтического профиля,

современные руководства по клинической фармакологии, лабораторной и функциональной диагностике, организации здравоохранения.

Результаты и обсуждение. Разработаны 110 проектов стандартов оказания специализированной стационарной помощи терапевтического профиля по нозологическим формам: кардиологического профиля – 20, пульмонологического профиля – 23, гастроэнтерологического профиля – 15, гематологического профиля – 32, ревматологического профиля – 8, нефрологического профиля – 8 и по профессиональным болезням – 4. За основу был принят уровень оказания медицинской помощи не ниже рекомендованного федеральными стандартами оказания медицинской помощи. В соответствии с этим формировали перечень услуг на этапе диагностики и лечения. Кратность и частоту предоставления услуг определяли на уровне, рекомендованном федеральными стандартами оказания специализированной медицинской помощи. При отсутствии федерального стандарта по нозологии, кратность и частоту предоставления услуг определяли в соответствии с действующими национальными рекомендациями. Для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями в перечень услуг были включены профилактические услуги – обучение в школах для пациентов.

Проекты стандартов были переданы для обсуждения и рецензирования ведущим специалистам Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, после чего были рекомендованы к пилотному внедрению в лечебные учреждения округа.

Заключение. Разработка и совершенствование проектов стандартов оказания специализированной медицинской помощи на региональном уровне возможна с учетом нормативной базы в виде федеральных стандартов оказания специализированной медицинской помощи, наличия научно обоснованных национальных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике заболеваний терапевтического профиля.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ

Н.В. Жуйков, Н.К. Мазина, В.П. Сухоруков

*Кировская государственная медицинская академия,
Кировская областная клиническая больница*

Хирургическое лечение патологии желчного пузыря, печени и поджелудочной железы требуют тщательной коррекции метаболизма и гемодинамики и особого сопровождения после операции. Ведение таких больных можно улучшить коррекцией функций систем энергопродукции клеток (митохондрий) препаратами, содержащими митохондриальные субстраты, в частности, янтарную кислоту (ЯК), которая оказывает множественное действие (антигипоксическое, антиоксидантное, антитоксическое, иммуномодулирующее, цитопротекторное).

Цель исследования. Оценка клинико-экономической эффективности энергопротектора, содержащего ЯК, в период пред- и послеоперационного сопровождения больных с желчекаменной болезнью, панкреатитом, поражением печени и поджелудочной железы, осложненных желтухой. Исследовали 110 пациентов (54 женщины и 56 мужчин) в возрасте 57 ± 4 года, которых случайным образом разделили на две группы: контрольную – (54 пациента), получавшую только препараты типичной практики и основную (56 пациентов), получавшую дополнительно ЯК (таблетки) по 400 мг в сутки.

Результаты и обсуждение. ЯК в составе фармакологического сопровождения хирургических больных оказала клинически и статистически значимый эффект, который сочетался со снижением затрат на медицинскую помощь. Сроки госпитализации сократились с 23 ± 2 до 19 ± 2 дней ($p < 0,05$), предоперационная подготовка – с $9,7 \pm 1,5$ дней до $7,3 \pm 1$ дней ($p < 0,05$), пребывание в отделении реанимации после операции – с $2,3 \pm 0,5$ дней до $1,5 \pm 0,5$ дней ($p < 0,05$), в хирургическом стационаре после операции – с $11,3 \pm 1,7$ дней до $10,4 \pm 1,4$ дней ($p < 0,05$). Скорость послеоперационной реабилитации увеличивалась: пациенты основной группы на 2 суток раньше, чем в контрольной, самостоятельно пили, принимали твердую пищу, вставали с постели, раньше на 2 суток восстанавливалась функция кишечника, на 3-4 суток раньше удаляли дренажи и снимали швы. После операции сократились сроки и объемы инфузионной терапии и антибиотикотерапии, уменьшился болевой синдром (по потребности в наркотических анальгетиках). Стоимость общего количества койко-дней (с учетом пребывания в отделении реанимации и в хирургическом стационаре) снижалась в среднем с 22540 руб. (контрольная группа) до 16700 руб. (основная группа) на одного пациента за курс лечения.

Заключение. Использование препарата ЯК позволяет повысить качество предоперационной подготовки и ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов, перенесших хирургические вмешательства в гепатопанкреатобилиарной зоне.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ

И.Ю. Зинчук

*Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
лаборатория фармакоэкономики, г. Москва*

Цель исследования. Определить эффективность лечения активного ювенильного ревматоидного полиартрита генно-инженерными биологическими препаратами.

Материалы и методы. Информационный поиск в базе данных ЦНМБ, Pubmed, Medline и в Интернете.

Результаты и обсуждение. В результате информационного поиска был обнаружен Голландский национальный регистр по эффективности и безопасности применения препарата Этанерцепт при ЮРА. Данный регистр включает данные об ответе по критериям ACR *pedi* 30/50/70 у 146 больных ЮРА, которых достигло 0,79/0,67/0,51 пациентов, соответственно, в течение первых трех месяцев терапии и 0,93/0,91/0,77 – после 15 месяцев терапии. При этом 142 пациента продолжило лечение по истечении первых трех месяцев и 97 пациентов – к 15 месяцам. Так же были обнаружены двойное-слепое, рандомизированное, плацебоконтролируемое клиническое исследование эффективности и безопасности препарата Абатацепт при ЮРА. Данное клиническое исследование содержит результаты четырехмесячного применения препарата Абатацепт у 190 пациентов. По результатам которого, после четырех месяцев лечения препаратом Абатацепт критериев ACR *pedi* достигло 0,65/0,5/0,28 пациентов. При этом 170 пациентов продолжили лечение. По данным долгосрочного применения препарата Абатацепт у больных ЮРА в течение 21 месяца критериев ACR *pedi* достигли 0,90/0,88/0,75 пациентов и 153 пациента продолжили лечение.

Выводы. В ходе анализа эффективности было установлено, что лечение больных активным ювенильным ревматоидным полиартритом с применением препарата Этанерцепт в течение года позволяет чаще достигать ответа по критериям ACR 30/50/70, который составил 0,90/0,85/0,71, в то время, как для препарата Оренсия данная величина составила 0,77/0,68/0,50, а так же были установлены значения индексов Lundex, учитывающих число пациентов, прекративших лечение ГИБП. Данная величина составила 0,67/0,63/0,53 и 0,65/0,58/0,43 для препаратов Этанерцепт и Абатацепт соответственно.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ ГЛАЗА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Р.С. Козлов, Е.К. Самуйло, А.В. Беденков, И.Г. Шумилова

НИИ антимикробной химиотерапии, Смоленск

Цель исследования. Изучить особенности фармакотерапии пациентов с инфекциями глаза в амбулаторных условиях в различных регионах России.

Материалы и методы. В ходе многоцентрового исследования изучалась тактика медикаментозного лечения пациентов с инфекциями глаза (конъюнктивитом, блефаритом, кератитом, увеитом и т. д.). В каждом случае изучались амбулаторные карты данных пациентов с отображением следующих показателей: возраст и пол пациента, клинический диагноз и его обоснование, проводимое лечение (препараты и режим их использования).

Результаты и обсуждение. Проанализированы 658 случаев лечения амбулаторных пациентов с инфекциями глаза в возрасте от 16 до 92 лет в 5 городах России. Наиболее часто инфекция глаза была представлена конъюнктивитами (62,9%), кератитами (7,5%), увеитами (6,7%), ячменем (5,9%) и блефаритами (5,8%). Микробиологическое исследование проводилось в 4,9% случаев.

Наиболее часто назначавшимися группами лекарственных средств были антимикробные препараты, в том числе антибактериальные (99,2%) и противовирусные (16,1%). Среди антибактериальных препаратов чаще применялись аминогликозиды – 39% всех случаев назначения антибиотиков, фторхинолоны – 19,4%, тетрациклины – 15,4%, сульфаниламидные препараты – 10%. Комбинации антибиотиков использовались в 72,4% случаев. Неантимикробная терапия применялась у 40% пациентов. Среди данных препаратов чаще использовались противовоспалительные средства (39,7%), биогенные стимуляторы (18%) и антигистаминные средства (13,1%).

Выводы. Наиболее частой причиной назначения лекарственных средств у пациентов с инфекциями глаза является конъюнктивит. Основные антибиотики, используемые для лечения инфекций глаза, представлены аминогликозидами, фторхинолонами, тетрациклинами и сульфаниламидами. Основными проблемами фармакотерапии инфекций глаза являются редкое проведение микробиологического анализа и широкое использование лекарственных средств с недоказанной эффективностью.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВОБЭНЗИМА В КОМБИНАЦИИ С ПРОТИВОИНФЕКЦИОННЫМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОЗИЦИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ТЕРАПИИ

А.С. Колбин², Н.Н. Клишко³, О.А. Королева², Л.Ю. Молодцова¹

¹ Дальневосточный государственный медицинский университет,

² Санкт-Петербургский государственный университет,

³ Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Основной задачей настоящего клинико-экономического анализа была оценка клинико-экономической целесообразности лечения бактериального вагиноза и вагинального кандидоза беременных женщин комбинацией Вобэнзима с противомикробными средствами в сравнении с монотерапией противомикробными средствами.

В методологии анализа были использованы отраслевые стандарты «Клинико-экономического исследования», применяемого в Российской Федерации, (Общее положение ОСТ 91500.14.0001–2002). Для проведения экономической оценки была использована методология «анализ решения» для построения модели на основе клинического исследования эффективности Вобэнзима (4 таблетки 3 раза в день в течение 10 дней) в лечении бактериального вагиноза и вагинального кандидоза у беременных. Единицами оценки были: частота купирования клинических проявлений, частота купирования микробиологических изменений, частота рецидивов инфекций, частота случаев прерывания беременности.

При расчете суммарных прямых затрат (включая непосредственное лечение бактериального вагиноза и вагинального кандидоза у беременных, лечение рецидива данных инфекций и угрозы прерывания беременности) в группе получавшей комбинацию Тержинана и Вобэнзима, затраты были в 1,9 и в 2,1 раз ниже по сравнению с группами, принимавшими Тержинан и Полижинакс соответственно. Такая значительная разница связана с тем, что при применении Тержинана и Полижинакса остается вероятность рецидивов и последующей угрозы прерывания беременности, что ведет к большим затратам. При этом клиническая эффективность комбинации Тержинана и Вобэнзима в сравнении с монотерапией Тержинаном была выше на 0,15, а микробиологическая эффективность на 0,2. Еще большее преимущество эффективности лечения комбинацией Тержинана и Вобэнзима наблюдалась при сравнении с монотерапией полижинаксом: клиническая эффективность была выше на 0,32, а микробиологическая на 0,3.

Результаты данного анализа позволяют сделать выводы, что лечение бактериального вагиноза и вагинального кандидоза беременных комбинацией Тержинана и Вобэнзима является более эффективным и менее затратным методом лечения по сравнению с монотерапией Тержинаном или Полижинаксом, что говорит о целесообразности этой стратегии лечения. Кроме этого комбинация Тержинана и Вобэнзима обладает высоким профилем безопасности.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

А.В. Концевая, А.М. Калинина, А.Д. Деев

ФГУ ГНИЦ Профилактической медицины, Москва

Цель исследования. Оценить клинико-экономическую эффективность программы многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, реализованной в Москве.

Материалы и методы. В 1977–1990 гг. в г. Москва была реализован крупный профилактический проект с участием двух столичных поликлиник. В этих поликлиниках было проведено профилактическое обследование всех мужчин в возрасте 40–59 лет. Далее в одной из поликлиник реализовали программу профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) продолжительностью 5 лет, другая поликлиника стала контрольной. Пациенту группы активной профилактики ($n = 3488$) и группы контроля ($n = 3168$) исходно не различались. Программа профилактики включала индивидуальные профилактические консультации для лиц с АГ, ИБС и их факторами риска. На протяжении 5 лет реализации профилактического вмешательства и 5 лет последующего наблюдения в обеих группах фиксировали сердечно-сосудистые конечные точки. В группе активной профилактики было достигнуто снижение общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых причин, что показано ранее. В настоящем исследовании мы рассчитали сохраненные годы жизни и сохраненные годы качественной жизни (QALY) в группе активной профилактики по сравнению с группой контроля (на 1000 человек) в течение 5 лет активного воздействия и 10 лет наблюдения в целом. Также рассчитаны все затраты на реализацию программы в ценах 2008 г. Проведен анализ затраты–утилитарность с расчетом затрат на 1 сохраненный QALY в течение 5 и 10 лет.

Результаты и обсуждение. Число сохраненных лет жизни в группе вмешательства составило 45,7 на 1000 в течение 5 лет и 139,4 в течение 10 лет. Число QALY составило 46,2 и 132,7 на 1000 участников в течение 5 и 10 лет соответственно. Общие затраты составили 19,5 на 1000 участников в течение 5 лет и 25,4 млн руб. на 1000 участников в течение 10 лет. Затрат на 1 QALY составили 88157,1 руб. в течение 5 лет и 42968,2 руб. в течение 10 лет. ВВП на 1 жителя страны в 2008 г. составил 42968,2 руб.

Заключение. Программа многофакторной профилактики ССЗ у мужчин в возрасте 40–59 лет оказалась экономически целесообразной.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А.А. Корнилов, Г.С. Маль, М.В. Звягина, В.Н. Валюкевич

ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Росздрава

Цель исследования. Изучение носительства аллельных вариантов гена MDR1 по локусу С3435Т белка-транспортера статинов гликопротеина-Р и их влияния на гиполлипидемический эффект статинов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с изолированной и сочетанной гиперлипидемией (ГЛП).

Материалы и методы. Применялись общеклинические, лабораторно-инструментальные (содержание общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови определяли унифицированным методом с использованием диагностических наборов фирмы «Олвекс-диагностикум» (г. С-Петербург, Россия).

Результаты и обсуждение. Пациенты распределились в группах вмешательства следующим образом: в группе вмешательства симвастатином гомозигот СС – 11 (25,6%), гетерозигот СТ – 22 (51,1%), гомозигот ТТ – 10 (23,3%). В группе пациентов, принимавших аторвастатин, эти показатели составили: гомозигот СС – 12 (28,6%), гетерозигот СТ – 21 (50%), гомозигот ТТ – 9 (21,4%). У пациентов, принимавших аторвастатин, выявлен меньший эффект по показателям ОХС, ХС ЛНП и АИ среди пациентов-гомозигот по варианту СС и гетерозигот СТ по сравнению с группой гомозигот ТТ. Наиболее эффективной была фармакотерапия аторвастатином в дозе 10 мг/сут в группах больных-гомозигот ТТ ($p_{ТТ-СТ} < 0,05$ и $p_{ТТ-СС} < 0,05$).

Выводы. 1) Изучение ассоциации между вариантами MDR1 по аллелю С3435Т выявил преобладание больных с большим эффектом среди пациентов-гомозигот по варианту ТТ по сравнению с группами гетерозигот СТ и гомозигот СС в обеих группах по показателям ОХС, ХС ЛНП, АИ. 2) Наиболее эффективной была фармакотерапия аторвастатином в дозе 10 мг/сут в группах больных-гомозигот ТТ. 3) Эффективность симвастатина и аторвастатина, прогнозируемая с помощью нейросетевой модели, согласовывалась с выявленной у пациентов в практическом исследовании.

МЕТОДИКА КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЗАКУПОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ

К.Л. Косяченко, А.Л. Панфилова, А.С. Немченко, И.В. Кубарева, М.В. Подгайна

Национальный фармацевтический университет, Украина

В условиях реформирования системы здравоохранения Украины вопросы рационального использования ограниченных ресурсов которые выделяются правительством на выполнение государственных целевых программ (ГЦП), должны рассматриваться как приоритетные. Клинико-экономический анализ позволяет дать оценку эффективности фармацевтического обеспечения ГЦП, что и определило методы исследования.

Цель исследования. Определение эффективности тендерных закупок ЛС для государственных целевых программ на выполнение задания Минздрава Украины.

В задачи входило: разработка методик клинико-экономического анализа (КЭА) тендерных закупок ЛС, мониторинга цен и показателей доступности ЛС, а также апробация данных методик на примере ЛС, которые закупаются по ГЦП «Онкология», «Детская онкология», «Гематология».

В соответствии с предложенной методикой был проведен КЭА анализ потребления ЛС больными гинекологического профиля в условиях стационара. Анализировалось 385 историй болезней пациенток с диагнозом рак молочной железы (РМЖ), которые проходили курс патогенетической терапии на базе специализированных лечебных учреждений различных областей Украины. Результаты частотного анализа позволили установить, что 68,1% лекарственных назначений соответствуют составу Национального перечня основных ЛС (ОЛС). Комплексный ABC/VEN-анализ потребления ЛС больных с диагнозом РМЖ показал: препараты с индексами А и В в 39% случаев (5 ЛС з 14 INN) являются ОЛС -индекс «V» и в 64% случаев (9 ЛС з 14 INN) – важными (индекс «E»). На следующем этапе была определена вариация закупочных цен на ЛС по ГЦП на внутреннем рынке и в сравнении с мировыми (индикативными) ценами. В среднем закупочные цены на ЛС для ГЦП в Украине превышают индикативные цены на 115,7%.

Выводы. Применение КЭА потребления ЛС способствует эффективному управлению ограниченными ресурсами бюджета здравоохранения Украины.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОКАЗАНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МУЗ «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ г. ВЛАДИВОСТОКА»

Т.Ю. Курлева

МУЗ «Городской клинический родильный дом г. Владивостока»

Проблема оценки качества медицинской помощи в настоящее время приобрела характер не только одной из труднейших, но и важнейших задач, непосредственно связанных с политикой и стратегией здравоохранения. Сегодня качество медицинской помощи рассматривается с разных позиций – эффективности, адекватности, экономичности, морально-этических норм. Внутри ведомственный контроль качества медицинской помощи в МУЗ «Городской клинический родильный дом г. Владивостока» проводится в следующем порядке: 1-я ступень контроля – осуществляется заведующими подразделениями ЛПУ, которые проводят не менее 50% экспертиз в месяц от числа законченных случаев с определением УЖЛ. 2-я ступень контроля – осуществляется заместителями главного врача по лечебной и клинико-экспертной работе, которые проводят не менее 50 экспертиз законченных случаев в квартал. 3-я ступень контроля – осуществляется врачебной комиссией в присутствии главного врача ежемесячно. Задачами этой ступени контроля является интегральная оценка деятельности подразделений и ЛПУ в целом и анализ эффективности медицинской помощи как отношение затрат к полученным результатам.

С целью осуществления контроля качества оказания медико-социальных услуг в 2009 г. в МУЗ «Городской клинический родильный дом г. Владивостока» было проведено 7252 внутри-учрежденческих экспертиз. Наиболее типичными нарушениями, выявленными при внутри-учрежденческом контроле качества оказания медицинской помощи, были: нарушение принципов медицинской этики и деонтологии – 5%; некачественное представление медицинских услуг – 2%; нарушение медицинских технологий – 1%; некомпетентность медицинского персонала – 1%; лидирующее место занимало не

качественное ведение медицинской документации – 91%. Проведенный анализ существующего положения в области медицинской помощи показал, что результаты контрольных мероприятий оказываются востребованными и достаточно используются для принятия управленческих решений на уровне лечебного учреждения.

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА РОДИЛЬНОГО ДОМА ПО ПРОФИЛЮ «ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ» НА БАЗЕ МУЗ «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ г. ВЛАДИВОСТОК»

Т.Ю. Курлеева, Д.В. Пилипушка

МУЗ «Городской клинический родильный дом г. Владивостока»

Одной из актуальных медико-экономических проблем является повышение роли первичной медико-санитарной помощи и снижения уровня госпитализации. Для оценки экономического эффекта, достигаемого за счет уменьшения пребывания больного в стационаре, могут применяться различные подходы, различающиеся в зависимости от целей исследования. Дневной стационар стационара (ДСС) создан по профилю «патология беременности» в качестве промежуточного звена между амбулаторией и стационаром и предназначен для оказания медицинской помощи беременным, рассчитан на 30 коек и работает в режиме дневного пребывания. Основные цели и задачи ДСС без круглосуточного пребывания заключаются в следующем: оказание квалифицированной лечебно-диагностической и консультативной помощи пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения; своевременное выявление и предупреждение осложнений беременности; подбор адекватной схемы дальнейшего ведения и лечения беременной. Структура дневного стационара соответствует требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактического учреждения, оснащение – табелью оборудования родильного дома. В штате ДСС работают узкие специалисты, что позволяет на ранних этапах выявлять экстратегенитальную патологию и соответственно решить вопрос о дальнейшей тактике ведения беременной.

Сокращается время ожидания в очередях и «поход» беременной по кругу врач-акушер-гинеколог, терапевт, узкие специалисты, врач-акушер-гинеколог. Экономическая выгода при переводе ДСС с круглосуточного пребывания в дневной стационар без круглосуточного пребывания по нашим данным за 2009 г. по сравнению с 2008 г. составила 30%. Таким образом можно констатировать, что внедрение в практику современных организационных форм в работы обеспечивает систему поддержания высокого качества медицинской помощи, сокращает время пребывания пациента в стационарных условиях, время «ожидания» в очередях, и соответственно уменьшает прямые материальные затраты на пребывание больного в стационаре на 30%.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТАБОРТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ОАГА

Т.Ю. Курлеева, А.Л. Сизоненко

МУЗ «Городской клинический родильный дом г. Владивостока»

Искусственное прерывание беременности остается актуальной мировой проблемой. Аборт обуславливает нарушение репродуктивного здоровья, часто приводит к инвалидизации женщины. В связи с этим особое значение отводится профилактике постабортных осложнений на доклинической стадии. Важным аспектом профилактической противомикробной терапии является выбор антибактериального препарата. Он должен обладать высокой биодоступностью, широким спектром действия, возможностью пролонгированного введения, создавать бактерицидную концентрацию в тканях, воздействовать на возбудители генитальных инфекций. Поэтому для профилактики метроэндометрита, сальпингоофорита в своих исследованиях мы использовали пролонгированный фторхинолон (цифран – ОД).

Исследуемые женщины были разделены на две группы (по 50 человек в каждой) с одинаковым ОАГА. В анамнезе у пациенток имелись аборт, осложненные воспалительными заболеваниями гениталий: метроэндометрит, сальпингоофорит, повторные аборты, перенесенные генитальные инфекции в анамнезе.

Женщинам 1-ой группы назначался цифран – ОД за 24 часа перед проведением операции вакуум-аспирации плодного яйца. Во 2-й группе преабортная подготовка проводилась доксициклином за первую неделю перед предстоящим оперативным вмешательством.

У пациенток, принимающих фторхинолон перед оперативным вмешательством, процент осложнений равнялся нулю, а во второй группе осложнения составили 2% (в 1% – метроэндометрит, в 1% – сальпингоофорит).

Учитывая выше изложенное, цифран – ОД можно использовать в качестве антибактериальной профилактики постабортных осложнений. Появление пролонгированной лекарственной формы ципрофлоксацина, позволяющей принимать препарат один раз в сутки, позволит избежать постабортные осложнения и повысит качество жизни пациента.

АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ» ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ СТРОМАЛЬНЫМИ КЛЕТКАМИ (МСК)

Л.Б. Лазебник, М.Г. Гусейн-Заде, А.И. Парфенов, О.В. Князев, И.Н. Ручкина, Л.И. Ефремов

ЦНИИ гастроэнтерологии, г. Москва

Цель исследования. Разработка и формирование экономически обоснованного решения об использовании МСК – терапии у больных язвенным колитом (ЯК).

Материалы и методы. В отделе патологии кишечника ЦНИИГ проводилась (однократно) системная трансплантация МСК 39 больным с ЯК (1-я группа). В группу сравнения (стандартная терапия) включено 30 больных ЯК (2-я группа). Возраст больных – в пределах от 19 до 60 лет, большинство (26) составляли мужчины. Продолжительность болезни колебалась от 6 мес до 10 лет (что в среднем составило 2 года). Существенных различий в группах больных по этим показателям не было.

Клиническую активность ЯК оценивали в баллах с помощью индекса Rachmilevitz. Эндоскопическое исследование проводили на видеосистеме фирмы Фуджинон EVE W-88А. Эндоскопическую картину ЯК оценивали с помощью шкалы Мейо. Оценку гистологических препаратов ЯК осуществляли по шкале Гебса.

Результаты обсуждения. Анализ «затраты-эффективность» показал, что, несмотря на высокую стоимость лечения больных в группе с МСК-терапией, коэффициент «затраты-эффективность» в данной группе оказался самым низким в сравнении со стандартной терапией причем независимо от выбора критерия эффективности (длительность ремиссии, индекс Рахмилевича и индекс Мейо). Например, результаты расчета коэффициента «затраты-эффективность» при выборе критерия эффективности «длительность ремиссии» ЯК показали, что, используя МСК-терапию, можно добиться увеличения длительности ремиссии болезни и одновременно – экономии расходов до 214,5 руб./1 больной/1 день. Кроме того, МСК-терапия способствовала достоверному снижению клинической активности воспалительного процесса в кишечнике, что в свою очередь, привело к снижению потребности в глюкокортикостероидах и др. лекарственных средствах и, как следствие, к дополнительной экономии расходов на лечение ЯК.

Заключение. Таким образом, можно утверждать, что у больных ЯК весьма актуально использование новой технологии МСК-терапии, поскольку она обладает высокой клинической эффективностью и ресурсосберегающими свойствами, несмотря на ее изначально высокую стоимость.

ЗАТРАТЫ НА ЛАБОРАТОРНУЮ ДИАГНОСТИКУ И МОНИТОРИНГ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ СОГЛАСНО СТАНДАРТАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

З.Н. Лисицина, Л.И. Крутицкая, Н.Е. Дементьева, Т.В. Тыргина, М.А. Денисова

ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург

Проведены расчеты затрат на лабораторные исследования по первичной диагностике ВИЧ-инфекции и затрат в период диспансерного наблюдения до назначения и после назначения ВААРТ согласно утвержденным стандартам медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Учтены только прямые затраты на исследования, состоящие из стоимости реагентов и стоимости расходных материалов. Расчеты стоимости исследований проведены согласно закупочным ценам 2009 г.

Первичная диагностика ВИЧ-инфекции включает скрининговые и верификационные исследования и экономические затраты зависят от того является ли окончательный результат исследования отрицательным, положительным или неопределенным.

Наименьшими являются экономические затраты на исследование образцов с отрицательным результатом (25–75 руб.). Стоимость исследования ВИЧ-позитивных образцов значительно возрастает (937 руб.). Наиболее дорогостоящими являются затраты на исследования образцов с неопределенным результатом (2471 руб.).

После подтверждения лабораторного диагноза ВИЧ-инфекции дальнейшее обследование пациентов проводится согласно стандарта медицинской помощи. Стандарт определяет кратность обследования пациентов при постановке на диспансерный учет и в период дальнейшего диспансерного наблюдения с целью определения стадии заболевания, выявления сопутствующих заболеваний, определения наличия показаний к ВААРТ. Лабораторное обследование включает общеклинические, биохимические, серологические, иммунологические и молекулярно-биологические исследования.

При постановке на диспансерный учет стоимость лабораторного обследования составляет 5198 руб. Затраты на лабораторные исследования в период диспансерного наблюдения одного пациента в течение 12 месяцев до начала ВААРТ составляют 11232 руб. Затраты на лабораторные исследования в период проведения ВААРТ в течение 12 месяцев значительно возрастают в связи с увеличением кратности обследований. Стоимость обследования в этот период составляет 24345 руб.

Рассчитанные согласно стандарта медицинской помощи затраты на лабораторную диагностику и мониторинг ВИЧ-инфекции существенно превышают предусмотренный на эти исследования существующий бюджет лечебного учреждения.

СТРАТЕГИЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

В.А. Лопухова, И.В. Тарасенко

Волгоградский государственный медицинский университет

Система стандартизации здравоохранения является базовым элементом обеспечения качества медицинской помощи.

Цель исследования. Изучить адекватность применения профиля индикаторов качества, для оценки оказания медицинской помощи больным с заболеваниями бронхолегочной системы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 376 случаев лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) у взрослого населения (средний возраст $48,6 \pm 8,3$ года) в амбулаторно-поликлинических условиях на уровне региона в 2009 г. При этом в оценке использовались индикаторы качества с учетом национальных рекомендаций по ведению данных больных.

Результаты и обсуждение. При анализе полученного материала установлена высокая вариабельность оказания медицинской помощи взрослым пациентам с данной патологией. Выявлены существенные различия при оценке частоты и интенсивности применения бронхолитических средств, а также режимов их дозирования. Выявлено неоправданно интенсивное (26,7 DDD/100 больных) применение участковыми терапевтами пролонгированных препаратов теофиллина при среднетяжелой БА, которые назначались в 2,1 раза менее интенсивно при терапии тяжелой БА. При назначении антимикробных препаратов (АМП) установлено, что наряду с применением ЛС, показанных при обострении ХОБЛ, назначались АМП, не отвечающие требованиям доказательной медицины, интенсивность применения которых не превышала 5 DDD/100 больных.

Выводы. Проведенное исследование позволило обосновать необходимость анализа причин, препятствующих внедрению национальных рекомендаций в реальную клиническую практику, а также разработку для каждого ЛПУ индивидуальных программ по оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с бронхолегочной патологией.

«КВАНТИЗАЦИЯ» ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ

Т.К. Луговкина

МУ «Городская клиническая больница № 40», г. Екатеринбург

Отсутствие контроля обоснованности назначений и качества процесса антибиотикотерапии относится к категории настоящих проблем отечественного здравоохранения. Ключом к решению этой проблемы является использование информационных технологий и новых организационных форм в управлении клинической практикой.

Развитие информационных технологий, в целом, и медицинской компьютерики, в частности, позволяет сегодня осуществлять сбор информации о назначениях лекарственных препаратов пациентам при различных заболеваниях, накапливать в базах данных информацию о резистентных штаммах возбудителей. Однако для оперативной обработки данных, для анализа качества назначений антибиотиков (АБ), интенсивности их потребления необходимы программные средства.

Принимая во внимание глобальность проблемы унификации программных продуктов для оперативного обмена информацией, необходим переход от произвольной трактовки к стандартизации базовых понятий клинической практики, к построению семантического моста между всеми специалистами, которые назначают АБ, а также между клиницистами и программистами.

На базе концепции «обратимости и необратимости событий», а также концепции «стрелы времени» И. Пригожина (1984 г.) сформулированы определения стадии заболевания, фазы процесса, степени тяжести клинического состояния пациента. Для создания электронных баз данных с целью оценки обоснованности и качества назначений АБ была разработана методология «квантизации» информации о клинических событиях. На основе «квантизации» информации предложена систематизация клинических событий, созданы протоколы назначений АБ для новорожденных, для взрослых пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией и др.

Проведен анализ эффективности работы протоколов и приемлемости выбранной структуры представления информации для принятия решений при назначении АБ. Результаты свидетельствуют об эффективности внедрения протоколов: в течение первых 9 мес. с момента внедрения протоколов снизилась доля назначений АБ новорожденным с 45% до 14%, доля высевов *Candida Albicans* из кала новорожденных уменьшилась с 18% до 2,5%; летальность взрослых пациентов с тяжелой пневмонией сократилась в течение 3-х лет с 15,4% до 7,2%.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ РАННИХ ФОРМ СИФИЛИСА ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ ПЕНИЦИЛЛИНА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ДЮРАНТНОСТИ

Е.В. Лучинина, С.И. Богословская, О.В. Раснюк, А.Н. Леванов

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава»

Цель исследования. Определить из трех предложенных антимикробных препаратов пенициллинового ряда наименее затратный и наиболее эффективный при лечении ранних форм сифилиса.

Материалы и методы. Были обработаны и проанализированы результаты обследования 366 больных, страдающих ранними формами сифилиса.

Результаты и обсуждение. В исследовании учитывался *3-й уровень затрат*, т. е. все прямые медицинские издержки, понесенные лечебным учреждением. Показателем эффективности изучаемых препаратов был выбран процент (доля) больных, у которых за год наступила негативация комплекса серологических реакций (РСР).

Соотношение «затраты-эффективность» рассчитывалось по формуле:

$$CEA = C/Ef,$$

где *CEA* — коэффициент эффективности затрат; *C* — стоимость курсового применения препаратов; *Ef* — эффективность лечения.

Показатель «затраты–эффективность»:

для бензилпенициллина натриевой соли составил:

$$CEA_{6/1-н} = 5758,6 : 100 = 57,59 \text{ (руб. на ед. эффективности).}$$

Для Бензатина бензилпенициллина + бензилпенициллин прокаина + бензилпенициллина (бициллина-3):

$$CEA_{6-н} = 1922,9 : 91,4 = 21,04 \text{ (руб. на ед. эффективности).}$$

для Бензатина бензилпенициллина (экстенциллина):

$$CEA_{3-н} = 807,23 : 98 = 8,24 \text{ (руб. на ед. эффективности).}$$

Выводы. Для рационального лечения пациентов, страдающих манифестными формами сифилиса, рекомендуется применять Бензатина бензилпенициллин (экстенциллин), как высокоэффективный и наименее затратный препарат. Применение данного препарата 1 раз в неделю ведет к значительному сокращению прямых медицинских затрат и сроков лечения. Наиболее дешевый препарат бензилпенициллин, также доказавший свою высокую эффективность, оказался самым затратным, т. к. его назначение предполагает круглосуточное пребывание в стационаре, что приводит к резкому возрастанию прямых медицинских затрат и стоимости лечения в целом.

ПРЕПАРАТЫ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ ПОВЫШАЮТ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗРАСТНОЙ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ

Н.К. Мазина, Е.П. Мосунова, Т.В. Абрамова

*Кировская государственная медицинская академия,
Кировская областная клиническая больница*

Сочетание катаракты (К) и синдрома сухого глаза (ССГ) часто встречаются в пожилом возрасте, и снижает качество жизни. Консервативные методы коррекции функций органа зрения – весьма затратные для бюджетов граждан и разных фондов.

Цель исследования. Изучение влияния препаратов янтарной кислоты (ЯК) на фармако-экономические и клинические параметры эффективности медицинской помощи при сочетании К и ССГ. Исследовали 118 пациентов в возрасте 66 ± 8 лет, которых случайным образом разделили на три группы: контрольную (38 пациентов), получавшую препараты типичной практики и плацебо, две основных (43 и 37 пациентов), получавших дополнительно два препарата, разрешенных к применению в клинике, (таблетки): ЯК и ее комбинацию с глутаминовой кислотой (ЯК + Глу). Стоимость традиционных препаратов на курс лечения (2 месяца) одного пациента составила 819 руб., стоимость диагностических процедур за период наблюдения составила 2906 руб., курс лечения препаратом ЯК стоил 192 руб., препаратом ЯК + Глу – 240 руб. По частотным характеристикам клинической эффективности в виде повышения значений пробы Ширмера (ПШ) более чем на 2 мм определяли коэффициент «затраты–эффективность».

Результаты и обсуждение. За время лечения улучшалась выработка натуральной слезы. Доля пациентов с улучшением функции слезных желез составила в контрольной группе 10% ($p > 0,05$), 48% – в группе ЯК ($p < 0,05$), 73% – в группе ЯК + Глу ($p < 0,01$). Наряду с этим у пациентов, получавших ЯК и ЯК + Глу, нормализовались параметры центральной гемодинамики, биохимический анализ крови, снижалось внутриглазное давление более чем на 2 мм рт. ст. Анализ «затраты–эффективность» путем расчета коэффициента CER на основании частотных характеристик улучшения выработки слезной жидкости ($CER_{ПШ}$) показал, что единица эффекта (улучшение выработки слезы на 2 мм у 1% пациентов в группе) составила при приеме традиционных препаратов 372,5 руб., ЯК – 81,6 руб., ЯК + Глу – 54,3 руб.

Заключение. Препараты ЯК уменьшают клинические проявления ССГ при К, что заключается в нормализации выделения натуральной слезы и снижении внутриглазного давления, а также оказывают благотворное влияние на организм пациентов. Препараты ЯК обладают ресурсосберегающими свойствами, повышают качество офтальмологической помощи по клинической и экономической составляющей, следовательно, могут повысить ее доступность для пожилых людей.

АНАЛИЗ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНЫХ СХЕМ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Г.С. Маль, М.В. Звягина

ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Росздрава

Цель исследования. Анализ фармакоэкономической эффективности стандартных схем лечения артериальной гипертензии II и III степеней тяжести.

Материалы и методы. Материалом исследования стали 148 историй болезни пациентов, поступивших в МУЗ «Городская больница № 1» за 2009 г. Полученные данные обработаны с использованием принципа «затраты–эффективность», показывающего стоимость снижения уровня артериального давления на 1 мм рт. ст. у пациентов с артериальной гипертензией II и III степеней.

Результаты и обсуждение. Для снижения уровня артериального давления на 1 мм рт. ст. у пациентов с артериальной гипертензией II степени при использовании комбинации «ингибитор ангиотензинпревращающий фактор + диуретик» на примере «налаприл + индапамид» было затрачено 4,10 руб. для мужчин и 3,72 руб. для женщин. При использова-

нии в этой группе больных терапии, включающей «блокатор кальциевых каналов + блокатор β -адренорецепторов» на примере «амлодипин + метопролол», тот же эффект стоил 38,30 руб. для мужчин, 37,33 руб. для женщин. У пациентов с артериальной гипертензией III степени для снижения уровня артериального давления на 1 мм рт. ст. при использовании терапии в виде «ингибитор ангиотензинпревращающий фактор + блокатор кальциевых каналов + диуретик» на примере «эналаприл + метопролол + индапамид» было затрачено 7,30 руб. для мужчин и 6,78 руб. для женщин. Использование комбинации «блокатор кальциевых каналов + блокатор β -адренорецепторов + диуретик» на примере «метопролол + амлодипин + индапамид» у пациентов с артериальной гипертензией III степени снизило уровень артериальной гипертензии на 1 мм рт. ст. с затратами: 36,76 руб. для мужчин и 34,12 руб. для женщин.

Заключение. Большая стоимость снижения уровня артериального давления на 1 мм рт. ст. у мужчин, чем у женщин, может быть связана с воздействием таких факторов, как курение, алкоголь, избыток веса.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ «СТАНДАРТИЗОВАННОЙ» МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА ПРИМЕРЕ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

Г.С. Маль, К.К. Муминова, Ю.А. Бочарова, И.О. Коренькова, И.Е. Глазьев

ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Росздрава

В исследовании был использован метод «затраты–эффективность», предусматривающий расчет стоимости снижения на 1 мм рт. ст. уровня САД у пациентов с АГ II и III ст., а также стоимость снижения на 1% базального уровня ХС у пациентов, страдающих ИБС с ГХС.

У мужчин с АГ II ст., получавших комбинированную гипотензивную терапию, включающую «и-АПФ + диуретик», на примере «эналаприл + индапамид», стоимость снижения на 1 мм рт. ст. составила 3,80 руб., у женщин – 3,42 руб.

У мужчин с АГ II ст., получавших двухкомпонентную терапию, включающую «БКК + БАБ», на примере «амлодипин + метопролол» стоимость снижения на 1 мм рт. ст. – 37,03 руб., у женщин – 38 руб.

У мужчин с АГ III ст. стоимость снижения на 1 мм рт. ст., получавших трехкомпонентную терапию, включающую «БАБ + БКК + диуретик», на примере «метопролол + амлодипин + индапамид» – 36,18 руб., у женщин – 33,79 руб.

У мужчин с АГ III ст., получавших трехкомпонентную терапию в виде «и-АПФ + БКК + диуретик» на примере «эналаприл + метопролол + индапамид», стоимость снижения на 1 мм рт. ст. – 7 руб., у женщин – 6,45 руб.

У мужчин с ИБС СН III ФК с ГХС стоимость снижения на 1% уровня ХС статинами II поколения – симвастатином составила 92,95 руб., у женщин – 96,16 руб.

У мужчин с ИБС СН IV ФК с ГХС стоимость снижения на 1% уровня ХС симвастатином – 98,87 руб., у женщин – 98,32 руб.

Таким образом, более высокая стоимость снижения на 1 мм рт. ст. и снижение на 1% уровня ХС у мужчин по сравнению с женщинами объяснялось более выраженным воздействием корригируемых ФР: курение, употребление алкоголя, гиподинамия, избыточная масса тела.

МАРКОВСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

О.А. Немченко, В.М. Толочко

Национальный фармацевтический университет, Украина

Особенность многих реальных систем в медицине и фармации заключается в том, что процесс их функционирования является последовательностью переходов из одного состояния пациента в другое. Применение марковских моделей может давать непрогнозируемую погрешность, поэтому целесообразно использовать полумарковские процессы и цепи (ПМП), что и определило выбор методов исследования.

Цель исследования. Моделирование ступенчатой терапии больных бронхиальной астмой (БА) с использованием ПМП.

В задачи входило: разработка методики моделирования ПМП фармакотерапии БА, а также апробация ее на примере комбинированных противоастматических препаратов. Рассматривались стратегии фармакотерапии в специально отобранных группах больных III и IV степеней БА с использованием препаратов: I группа – (сальметерол + флутиказон) и 2 группа – (будесонид + формотерол).

Анализировались II возможных переходных состояний: амбулаторная (А), стационарная (С) и неотложная (Ш) помощь, а также ремиссия (Р) для каждой группы больных. Длина цикла была до 3 мес., максимальный горизонт времени – 1 год. Учитывая сложность в подготовке исходных данных, для марковского моделирования была разработана экспертная система, которая включает специальную методику и программу «Half Markov». В результате были рассчитаны показатели – среднее время пребывания в днях для каждого состояния: первая группа – $T_A^1 = 3,09$, $T_P^1 = 11,85$,

$T_C^1 = 13,18$ и вторая группа – $T_A^2 = 2,83$, $T_P^2 = 12,58$, $T_C^2 = 13,23$, а также финальные вероятности пребывания пациентов в каждом из состояний для групп:

$$\text{первая} - \Phi^{(1)} = \begin{pmatrix} P & A & C & III \\ 0,854 & 0,026 & 0,12 & 0 \end{pmatrix};$$

$$\text{вторая} - \Phi^{(2)} = \begin{pmatrix} P & A & C & III \\ 0,862 & 0,027 & 0,111 & 0 \end{pmatrix}.$$

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о более высокой эффективности комбинированного препарата (будесонид + формотерол).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧАСТОТНОГО АНАЛИЗА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.С. Немченко, А.Л. Панфилова, Г.М. Зарицкая

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

Цель исследования. Состояла в определении состояния фармацевтического обеспечения больных остеоартрозом (ОА), которые проходили лечение в стационарных условиях на базе ряда областных клинических центров Украины.

Задачей исследований стало проведение частотного анализа врачебных назначений ЛС больным ОА. В качестве основного метода исследований был избран частотный анализ, который имеет широкое использование при проведении организационно-экономических и фармакоэкономических исследований.

Результаты и обсуждение. В результате исследований было определено, что врачами назначались препараты восьми фармакотерапевтических групп в соответствии с АТХ-классификацией ЛС. Установлено, что на одного больного приходилось по 7 врачебных назначений ЛС. Анализ специальной литературы свидетельствует о том, что применение анальгетиков и НПВС, а также глюкокортикостероидных средств (ГКС) в терапии деструктивных заболеваний опорно-двигательного аппарата является традиционным и клинически обоснованным. Из группы анальгетиков и НПВС врачами назначалось 12 наименований ЛС по INN (монопрепараты) и пять комбинированных препаратов. В среднем, каждому больному было сделано по два назначения ЛС из группы анальгетиков и НПВС. Наиболее часто применялись препараты диклофенака натрия (99 назначений или 17,5% от назначений по группе), метамизол натрия (82 или 14,5%) и кеторалака (73 или 12,9%). Каждому третьему больному назначались препараты из группы ГКС (72 назначения). Врачами использовались – дексаметазон (32 назначения или 44,4% от назначений по группе), метилпреднизолон (21 или 29,2%); преднизолон (18 или 25%); бетаметазол (1 назначение или 1,4% соответственно).

Выводы. Систематизация результатов частотного анализа может быть использована при формировании рационального фармацевтического обеспечения больных ОА в условиях объективного дефицита ресурсов здравоохранения.

ЧАСТОТНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

А.С. Немченко, А.Л. Панфилова, Ю.В. Корж

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

Цель исследования. Анализ фармацевтического обеспечения гипохлипидемическими препаратами больных стабильной стенокардией (СТ) в условиях стационара.

Задачи исследования: проведение частотного анализа врачебных назначений ЛС.

Материалы и методы. Методом исследования служил частотный анализ врачебных назначений лекарственных средств (ЛС) больных СТ, которые проходили лечение в условиях стационара. Исследовались истории болезни пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца: СТ I, II, III, IV степени с общим холестерином в крови $>4,5$ ммоль/л и/или ХС ЛПНП $> 2,5$ ммоль/л.

В результате исследования было установлено, что в среднем на одного больного приходилось 8 назначений ЛС. Среднестатистический термин пребывания больных СТ в стационаре составил 16 дней. Врачи применяли ЛС по 8 фармакотерапевтическим группам. Наибольшее количество назначений приходилось на средства, которые влияют на сердечно-сосудистую систему (9085 назначений или 61,06% от общего количества назначений). Удельный вес гипохлипидемических препаратов составил 1,25% от общего количества назначений ЛС. Во врачебных назначениях гипохлипидемические препараты были представлены только группой статинов. Среди статинов по количеству назначений лидером был симвастатин (66,84% от общего количества назначений по группе гипохлипидемических препаратов). Далее разместились следующие ЛС по INN: аторвастатин (29,20%), ловастатин (2,97%), розувастатин (0,99%). Таких препаратов по INN, как правастатин и флувастатин не было отмечено во врачебных назначениях.

Выводы. Результаты частотного анализа в дальнейшем будут использоваться для формирования рационального фармацевтического обеспечения больных СТ.

МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УЧЕТА ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Д.С. Носков, А.Р. Туков

ФГУ «ФМБЦ им. А.И.Бурназяна» ФМБА России

Одними из основных направлений государственной политики РФ в области охраны труда являются: 1) организация государственной статистической отчетности об условиях труда, а также о производственном травматизме, профессиональной заболеваемости и об их материальных последствиях; 2) расследование и учет несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Модернизация здравоохранения России требует создания единой системы автоматизированной регистрации, учета и анализа показателей здоровья населения и, в частности, лиц, имеющих профессиональные заболевания. Последние системы должны также обеспечивать мониторинг здоровья этого контингента лиц, что позволит качественно контролировать исполнение действующих законодательных и нормативных актов по охране труда. Во исполнение приказа Минздрава России № 176 от 28.05.2001 г. «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации» в ФМБА России разработан Отраслевой регистр лиц, имеющих профессиональное заболевание (ОРПРОФИ).

Цель исследования. Обеспечение долговременного автоматизированного персонального учета больных с профессиональными заболеваниями, оценки состояния здоровья и его мониторинг в последующие годы, принятие оптимальных управленческих решений по улучшению здоровья контингента лиц, обслуживаемого учреждениями здравоохранения ФМБА России.

Материалы и методы. Регистр имеет 2 уровня функционирования: федеральный уровень ФМБА России и региональный уровень учреждений здравоохранения ФМБА России и территориальных учреждений Госсанэпиднадзора. Определен порядок функционирования регистра. Осуществлен перевод программного обеспечения из системы KLIPPER с ACCESS. В настоящее время проводятся предварительные испытания ОРПРОФИ.

Результаты и обсуждение. В процессе предварительных испытаний выявлены недостатки ведения учетной государственной документации, а это требует их последующей стандартизации, что, в свою очередь, повысит управление качеством оказания медико-социальной помощи лицам, имеющим профессиональные заболевания. Накопленная информация в ОРПРОФИ станет базой для создания эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и сможет выполнять информационную функцию в рамках системы компенсации профессиональных заболеваний и способствовать управлению качеством оказания медицинской помощи для лиц, имеющих профессиональные заболевания.

КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

О.Ю. Позднякова

Ставропольская государственная медицинская академия

Цель исследования. Оценить качество лечения бронхиальной астмы и уровень знаний о заболевании пациентов.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 65 человек, страдающих бронхиальной астмой (БА), в период вне обострения заболевания. Разработанная нами анкета включала 25 вопросов по базисной и неотложной терапии БА, а так же контролю над астмой пациентами.

Результаты и обсуждение. Анализ полученного материала показал, что больше половины (58,2%) пациентов БА не были ознакомлены с правилами применения ингаляционных бронхолитиков и глюкокортикостероидов (ГКС), а также способами доставки лекарственных препаратов. 48,6% астматиков не знали отличие базисной и неотложной терапии БА. Современными ингаляционными ГКС пользовались только 18,6% астматиков, кромоны – 7,2%. 32,8% пациентов БА использовали в качестве базисного лечения системные ГКС. Остальные пациенты (41,4%) либо вообще не применяли противовоспалительных средств, либо получали их короткими курсами во время обострения заболевания. Среди астматиков, не получающих противовоспалительные препараты, большинство (63,6%) не знали о необходимости постоянного противовоспалительного лечения БА, а часть пациентов знали, но отказывались от приема гормонов из-за стероидофобии. 13,6% пациентов отдавали предпочтение таблетированным ГКС по рекомендации участковых врачей и врачей общей практики.

Выводы. Анализ результатов исследования показал явно недостаточное знание и понимание пациентами принципов лечения и контроля БА и, как следствие, низкое качество и эффективность лечения данного заболевания. Вопросы базисной и неотложной терапии БА необходимо рассматривать в «Школах здоровья».

ОЦЕНКА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ PSEUDOMONAS AERUGINOSA В ОТДЕЛЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И РЕАНИМАЦИИ

О.В. Прибыткова, Е.В. Луценко, О.В. Латышева

МУЗ Городская клиническая больница, г. Челябинск

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости синегнойной палочки и уровня резистентности к основным антибиотикам в отделениях хирургического профиля и реанимации.

Материалы и методы. Исследовали раневое отделяемое, промывные воды, полученные при бронхоальвеолярном лаваже, мочу. Резистентность к антибиотикам оценивали диско-диффузионным методом

Результаты и обсуждения. В отделении хирургии № 1 из 170 проб *P.aureginosa* была обнаружена в 3,3% случаев, в хирургии № 2 из 410 проб – в 0,2%, в хирургии № 3 из 2638 – 0,5%, в детской урологии из 2015 проб – 0,9%, взрослой урологии из 1780 проб – 2%, в реанимации 459 – 32,9%.

Чувствительность *P.aureginosa* в хирургии № 1 и № 2, отделениях урологии ко всем антисинегнойным препаратам была в диапазоне 96–100%, в хирургии № 3 к цефтазидиму и цефепиму – 80%, цефоперазону – 66%, имипенему и меропенему 65%, амикацину 55%, ципрофлоксацину – 60%. В отделении реанимации резистентность к цефтазидиму составила 30%, цефепиму – 34%, имипенему – 52%, амикацину – 78%, ципрофлоксацину – 71%, меропенему – 58%

Выводы. В отделениях хирургии и урологии, куда поступают пациенты в экстренном порядке в кратчайшие сроки развития инфекции и процент выявления синегнойной палочки и ее устойчивость к антибактериальным препаратам минимальная. В хирургии № 3 (гнояная хирургия), несмотря на небольшой процент выявления синегнойной палочки, обнаружена высокая резистентность ее к антибиотикам

В отделении реанимации выявлена значительная распространенность множественной лекарственной устойчивости *P.aureginosa*, что связано с продукцией МБЛ.

ОЦЕНКА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

О.В. Прибыткова¹, И.Н. Селенов²

¹ МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Челябинск,

² ФОМС г. Челябинска

Цель исследования. Оценить соответствие рекомендаций ВНОК по гиполипидемической терапии пациентам со стабильной стенокардией с реальной практикой.

Задачи: 1) Оценить частоту назначений гиполипидемических препаратов в течение года лечения. 2) Определить длительность терапии 3. Оценить режим дозирования.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 180 историй болезней пациентов в городе «У» Челябинской области, страдающих хронической ишемической болезнью сердца. 70% больных имели очень высокий риск сердечно-сосудистых событий, а 30% – высокий. Большую часть представляли лица от 50 до 60 лет – 68 чел. (37,8%), затем пациенты от 60–70 лет – 46 чел. (25,5%), 70–80 лет – 32 чел. (17,8%), менее 40 лет – 19 чел. (10,5%), 40–50 лет – 15 чел. (8,3%).

Результаты и обсуждение. 1) Более чем в 90% случаев не проводилось исследование общего ХС, ХС-ЛПНП ни в начале лечения, ни в динамике. 2) 11 пациентов (6,1%) получали терапию в течение 10 месяцев, а 89 чел (49%) принимали препараты в среднем не более 1 месяца (от 1 до 4 месяцев, курсами, с перерывом 1 месяц). 80 чел (44,9%) не получали липидснижающую терапию вообще. 3) Назначались только дженериковые статины. 4) Среднесуточная доза статинов была равна 20 мг.

Выводы. Анализ реальной клинической практики ведения пациентов с ишемической болезнью сердца показывает не соответствие с рекомендациями ВНОК и является серьезным поводом для дополнительного разбора ситуации.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСОВОГО УПРАВЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Д.К. Рахимбекова, Р.Б. Дуйсенова

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,
Общественный фонд «Амансаулык»

Цель исследования. Разработка предложений по улучшению системы формирования формулярных списков в Республике Казахстан.

Задачи: изучить процессы формирования потребности больничных организаций в лекарственных средствах.

Методы исследования. Фармакоэкономический анализ.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования выявлено, что необходимы комплексное и эффективное планирование и управление потоком лекарственных средств и относящегося к ним потока информации с целью ускорения общих процессов оказания лекарственной (лечебно-диагностической) помощи и минимизации финансовых затрат для осуществления лечебного процесса; процедура составления формуляров должна быть детально отработана и алгоритмизирована; обязательным этапом в больнице является сбор и анализ статистических данных о заболеваемости и категорий пациентов за год; результаты анализа соответствия затрат ассигнований на фармакотерапию потребностям лечебно-го процесса в дальнейшем способствуют коррекции решений о закупках.

Анализ заболеваемости заключается в ранжировании числа случаев каждой нозологии, подсчета их удельного веса. Одновременно проводится анализ перечня лекарственных средств, использованных на лечение каждой нозологии, пу-

тем ранжирования их стоимости и подсчета удельного веса. Далее оценивается использование лекарственных средств в медицинской организации методом выявления клинически неправильной и экономически неоправданной фармакотерапии.

Сравнение вышеуказанных перечней дает видение соответствия затрат на фармакотерапию в конкретном стационаре потребностям лечебного процесса, какие формы заболевания не получили надлежащего внимания, сколько финансовых средств для закупки лекарств использовались нерационально.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕНДЕНЦИЯ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ ЗА РУБЕЖОМ

О.В. Решетько, К.А. Луцевич

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Росздрава»

Существует общее понимание основной роли клинической фармакологии (КФ) как отдельной области медицины с обеспечением принципов рационального использования лекарственных средств (ЛС), переноса фармакологических концепций из лаборатории в клинику (from the bench to the bedside), клинической разработкой новых фармацевтических продуктов и обучением студентов-медиков. Вместе с тем вызывает серьезное беспокойство падение престижа специальности в западных странах с уменьшением числа врачей, заинтересованных в карьере клинического фармаколога. При этом дискутируется, является ли КФ исключительно медицинской дисциплиной или также должна быть открыта для лиц с другим образованием. Развитие КФ как в Европе, так и США реализуется в двух направлениях: в качестве научно-исследовательской дисциплины, ориентированной на фармацевтическую промышленность, и клинической специальности, ориентированной на заботу о здоровье пациентов. Это предполагает интегральный характер КФ с ролью клинического фармаколога как знающего и опытного интегратора.

Однако реальность такова, что число врачей-клинических фармакологов будет оставаться ограниченным, и их деятельность будет направлена в сторону, главным образом, лабораторных исследований. Постулировано, что только через тесное сотрудничество врачей-клинических фармакологов и провизоров-клинических фармацевтов КФ может двигаться вперед и даже усиливаться не только в качестве значимой и междисциплинарной специальности, но и в целом влияющей на общественное здравоохранение. Важность КФ не позволяет предоставить занятие ею только исключительно врачам-клиническим фармакологам, поскольку давая научный базис для клинической оценки фармакотерапии, рационального использования ЛС и процесса разработки новых препаратов, она должным образом соответствует функции современной клинической и трансляционной науки (clinical and translational science).

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АБАКАВИР-СОДЕРЖАЩИХ РЕЖИМОВ У ПАЦИЕНТОВ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ХГС.

С.Ю. Романова, С.Н. Кижло

ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность Абакавир-содержащих режимов у пациентов, получающих сочетанную терапию ВИЧ и ХГС.

Задачи: 1) Изучить преимущества Абакавир-содержащих режимов в схеме ВААРТ у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ХГС, получающих комбинированную противовирусную терапию Пегинтерфероном альфа в сочетании с рибавирином. 2). Оптимизировать дозу Рибавирина с учетом взаимодействия препаратов и массы тела пациента.

Материалы и методы. Основу работы составляют наблюдения 40 больных с ВИЧ-инфекцией и ХГС, получающих сочетанную терапию. В соответствии с целями и задачами, планируется разделить больных на две группы. Пациенты с ко-инфекцией ВИЧ/ХГС, получающие сочетанную терапию, включающую Абакавир будут входить в первую группу (20 человек). Пациенты, получающие в схеме ВААРТ, другие аналоги нуклеозидов (Азидотимидин, Диданозин, Ставудин) – во вторую (20 человек).

В соответствии с международными стандартами мониторинга на фоне лечения Пегилированными интерферонами и Рибавирином, определялись гематологические, биохимические, серологические, иммунологические, определение вирусной нагрузки (РНК ВИЧ и ВГС) – проводятся в Центральной лаборатории СПб ГУЗ Центра СПИД под руководством З.Н. Лисицкой.

Результаты и обсуждение. В первой группе на 4-й неделе лечения снижение гемоглобина в среднем составило 1,96 г/л, тогда как во второй группе – 3,14 г/л. Снижение дозы Рибавирина на 4-й неделе лечения в связи с развившейся анемией в первой группе составило 20%, во второй группе – 52%. Частота рецидива при снижении дозы Рибавирина в общем составила 42%.

Выводы. 1) Назначение Абакавир – содержащих режимов ВААРТ пациенту ко-инфекцией ВИЧ/ХГС более предпочтительно, чем Азидотимидин, Ставудин или Диданозин. 2) Нежелательное взаимодействие Абакавира и Рибавирина можно нивелировать адекватным подбором дозы Рибавирина. 3) Поддержание как можно более высокой дозы Рибавирина (15 мг/кг) в течение всего периода лечения позволяет существенно снизить частоту рецидивов. 4) Снижение дозы Рибавирина прямо коррелирует с увеличением риска рецидива.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

А.В. Рудакова, М.С. Бережнова

Санкт-Петербургская химико-фармацевтическая академия

Цель исследования. Изучение эффективности затрат на парциальный агонист никотиновых рецепторов варениклин у пациентов с различным уровнем сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы. Марковское моделирование на основе результатов проведенных клинических испытаний и эпидемиологических исследований. Затраты на терапию осложненных рассчитывались на основе тарифов ОМС по Санкт-Петербургу на 2010 г. Расчет эффективности затрат проводился на период дожития 55-летних пациентов. Величина затрат и продолжительность жизни дисконтировались на 3,5% в год.

Результаты и обсуждение. Увеличение продолжительности жизни при терапии варениклином варьируется в пределах 0,44–0,71 года у мужчин и 0,37–0,51 года у женщин (без дисконтирования). Коэффициент «затраты/эффективность» для варениклина при приеме в течение 24-х недель варьируется у мужчин от 26,9 тыс. руб./1 дополнительный год жизни при очень высоком сердечно-сосудистом риске до 36,6 тыс. руб./1 дополнительный год жизни при низком сердечно-сосудистом риске, а у женщин – от 38,1 тыс. руб./1 дополнительный год жизни при высоком риске до 45,6 тыс. руб./1 дополнительный год жизни при низком риске. Учет непрямых затрат обеспечивает доминирование варениклина у мужчин с любым уровнем сердечно-сосудистого риска.

Заключение. Варениклин характеризуется крайне высокой эффективностью затрат у пациентов с разным уровнем сердечно-сосудистого риска, что позволяет говорить о целесообразности его использования в рамках бюджетного здравоохранения при разработке федеральных и региональных программ по снижению сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТОВ, В ПОЛИКЛИНИКАХ

А.В. Рута, О.В. Решетько

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава»

Цель исследования. Изучение фармакоэпидемиологии антимикробных препаратов (АМП), назначаемых для лечения хронических простатитов, врачами поликлиник.

Материалы и методы. Оценены предварительные (включение больных с 01.09.2010 по 01.11.2010) результаты проспективного фармакоэпидемиологического исследования, которое проводится на базе трех поликлиник г. Саратова. Набор пациентов в исследование продолжается в настоящее время. Критерии включения: диагноз – Хронический простатит. Обострение; возраст от 18 до 45 лет; согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: новообразования предстательной железы; наличие иного инфекционно-воспалительного процесса, требующего назначения АМП. Включено 38 пациентов мужчин, средний возраст 29,2 года. На каждого больного заполняется индивидуальная регистрационная карта, включающая демографические данные пациента, особенности течения и диагностики заболевания, проводимую терапию. Полученные данные обрабатывались с использованием программы Excel для Windows XP и Statistica (StatSoft Inc.).

Результаты и обсуждения. Микробиологическое исследование секрета предстательной железы было проведено у 81,6% пациентов, при этом инфекционный агент был выявлен только в 28,9% случаев. Исследование на хламидиоз проводилось у 63,2% больных, из которых результат был положительным в 13,2% случаев. При этом АМП были назначены всем без исключения больным, при этом у 63% пациентов применялся один АМП, а у 37% – два. В случае монотерапии АМП в 79,5% случаев назначались фторхинолоны, в 12,5% – тетрациклины 2 генерации, по 4% – макролиды и нитроимидазолы. Для комбинированной терапии АМП у 50% использовалась комбинация фторхинолона и макролида, у 29% – фторхинолона и тетрациклина 2 генерации, а также применялись сочетания двух фторхинолонов и фторхинолона с нитроимидазолом.

Таким образом, больным с обострением хронического простатита терапия АМП назначается вне зависимости от выявления инфекционного агента; периодически выбираются препараты с заведомо низкой эффективностью в отношении типичных возбудителей данного заболевания (макролиды и нитроимидазолы), неоправданно часто встречается комбинированная терапия АМП; встречаются комбинации препаратов из одной фармакологической группы (комбинация двух фторхинолонов).

УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ В РОССИИ

Е.К. Самуйло, Р.С. Козлов, О.И. Кречикова, Н.В. Иванчик

НИИ антимикробной химиотерапии, г. Смоленск

Цель исследования. Определение структуры бактериальных возбудителей инфекции глаза и их чувствительности к антибиотикам.

Материалы и методы. В проспективное микробиологическое исследование, проводимое в 2006–2007 гг., было включено 235 штаммов аэробных микроорганизмов, полученных от 235 пациентов из 10 регионов России. Методом серийных разведений на питательных средах проводилось определение чувствительности полученных штаммов к ампициллину, амоксициллину, амоксициллину/клавуланату, оксациллину, пенициллину, ципрофлоксацину, левофлоксацину, моксифлоксацину, офлоксацину, норфлоксацину, тобрамицину, гентамицину, хлорамфениколу, полимиксину В, тетрациклину и эритромицину.

Результаты и обсуждения. Среди возбудителей инфекции глаз преобладали *S.aureus* и *Staphylococcus* spp. (40,4% и 20,4% штаммов соответственно). Доля *Streptococcus* spp. составила 7,7%, *S.pneumoniae* – 6,4%, *H.influenzae* – 5,6% и *P.aeruginosa* – 4,3% всех полученных штаммов. Наиболее активными препаратами в отношении выделенных возбудителей являлись аминогликозиды, фторхинолоны III и IV поколений. К оксациллину и эритромицину были чувствительны 95,8% и 93,7% штаммов *S. aureus* соответственно. Изоляты *S. epidermidis* отличались более высоким уровнем резистентности к антибиотикам. Не выявлено устойчивости среди штаммов *H. Influenzae*. К тетрациклину и хлорамфениколу нечувствительны были 39,1% и 63,5% штаммов *Enterobacteriaceae* spp., а также 25,0% и 33,3% штаммов коагулазонегативных стафилококков соответственно.

Выводы. В качестве препаратов выбора при эмпирической терапии инфекций глаз бактериальной этиологии могут рассматриваться аминогликозиды, фторхинолоны (в первую очередь III и IV поколений) и эритромицин. Учитывая высокую частоту резистентности возбудителей к тетрациклину и хлорамфениколу, применение данных препаратов следует ограничить.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СИСТЕМНОГО ДИАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В.Г. Серпик

ФГБУ НЦ ЭСМП Минздрава России РФ

Цель исследования. Обосновать актуальность проведения фармакоэкономических исследований (ФИ) фармакотерапии осложнений системного диализа у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Материалы и методы. Использовались методы информационного поиска (ИП) и анализа данных: логический анализ и анализ группировки. ИП производился в международных медицинских базах данных Cochrane и Pubmed.

Результаты и обсуждение. Основной терапией для пациентов с терминальной стадией ХПН является заместительная почечная терапия (ЗПТ) – диализ. Технологический прорыв в медицине, в т. ч. диализных технологиях, сделал возможным улучшение показателей выживаемости и качества жизни среди пациентов с терминальной стадией ХПН. Основными клиническими факторами, ограничивающими возможности ЗПТ, являются возникающие осложнения: анемия, сахарный диабет и вторичный гиперпаратиреоз, смертность от которых вносит существенный вклад в общую смертность пациентов с ХПН на ЗПТ. Поэтому, учитывая значительную стоимость ЗПТ, превышающей 1 млн руб. в год на пациента, возникает необходимость коррекции указанных осложнений в целях достижения максимального эффекта от ЗПТ и, соответственно, наилучшего использования вложенных средств. Учитывая наличие нескольких альтернативных медицинских технологий, используемых для коррекции данных осложнений, возникает задача выбора оптимального способа лечения для каждого из осложнений с точки зрения терапевтической эффективности и экономической доступности. Наиболее доказательным, научно-обоснованным подходом к определению оптимальных медицинских технологий, имеющим мощный методологический аппарат, является проведение фармакоэкономических исследований анализируемых медицинских технологий.

Выводы. Таким образом, обоснована актуальность проведения ФИ фармакотерапии осложнений системного диализа у пациентов с хронической почечной недостаточностью.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ПРИЗЫВА В ВООРУЖЕННЫЕ СИЛЫ РФ

А.А. Согиyajнeн

ФГУ «69 поликлиника ВСН» МО РФ

Призыв на военную службу – одна из острейших проблем не только Министерства обороны Российской Федерации, но и для всего российского общества. В основном права граждан во время призыва нарушаются при медицинском освидетельствовании – 23,19% общего количества. Это обуславливает необходимость управления качеством медицинской помощи во время призыва в ВС РФ.

Цель исследования. Определить ключевые причины снижения качества медицинской помощи при призыве на военную службу, подготовить научное обоснование технологий управления качеством медицинской помощи в условиях призыва.

Материалы и методы. При проведении исследования использовался комплексный метод, включающий статистические, социологические компоненты, метод изучения и обобщения опыта, метод экспертной оценки, метод экономического анализа.

По данным свидетельств о болезни в структуре заболеваний, по которым военнотружущие по призыву признаны не годными и ограниченно годными к военной службе на первом месте психические расстройства – 25,0%, на втором –

болезни органов пищеварения – 16,3%, третьем – болезни системы кровообращения – 9,1%, четвертом – кожи и подочно-жировой клетчатки – 8,6%.

Результаты опроса призывников и их родителей в военкоматах Московской области показали крайне низкую оценку призывниками качества медицинской помощи в период подготовки к военной службе и во время призыва (оценку «неудовлетворительно» поставили 61% респондентов).

Таким образом, результаты социологического опроса свидетельствуют о низкой удовлетворенности призывниками квалификацией медицинского персонала и качеством медицинской помощи военно-врачебных комиссий, муниципальных и государственных учреждений здравоохранения. Результаты анализа медицинских карт свидетельствуют, что в 50% случаев лечебно-оздоровительные мероприятия по месту жительства осуществлялись несвоевременно или не в полном объеме. Затраты государства при необоснованном призыве составляют порядка 165 миллионов рублей ежегодно.

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В г. ЧЕЛЯБИНСКЕ

А.П. Старцева, О.В. Прибыткова

МУЗ Городская клиническая больница № 3, г. Челябинск

Цель исследования. Реализация национального проекта «Здоровье» по вопросу непрерывного профессионального образования для улучшения качества оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведение школ для врачей первичного медицинского звена по вопросам рациональной фармакотерапии пациентам с высоким сердечно-сосудистым риском, артериальной гипертензией, хронической ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких. Приказом по Управлению здравоохранения Администрации города Челябинска был определен порядок проведения школ. Обучение проводили главные внештатные специалисты города по единой программе, в соответствии с Российскими рекомендациями по указанным нозологиям. Было проведено три школы, каждая работала в течение года один-два раза в месяц. Группы врачей были сформированы по 20–25 человек. Обучено более 80% врачей первичного медицинского звена, них участковых терапевтов 86,4% и врачей общей практики 38,7%. Для оценки базовых знаний в начале занятий проводилось тестирование, через три месяца оценивалась эффективность обучения: врачи повторно проходили анкетирование, анализировались амбулаторные карты по разработанной схеме для оценки адекватности диагностики и лечения.

Результаты и обсуждения. 1) В амбулаторных картах в 97,8% стали отмечать факторы сердечно-сосудистого риска. 2) Терапия в соответствии с рекомендациями назначалась практически в 100% случаев. 3) Коррекция доз проводилась в 84%. 4. Врачи в 100% случаев отметили, что получили ценную информацию и используют ее в повседневной работе.

Выводы. Обучение врачей первичного медицинского звена небольшими группами доказало свою эффективность. Данную форму обучения можно рекомендовать для повышения профессионального уровня врачей, а, следовательно, для повышения качества оказания медицинской помощи пациентам.

АНАЛИЗ ДАННЫХ МОНИТОРИНГА ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПО ЦЕНЕ И АССОРТИМЕНТУ В СТАЦИОНАРНЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

С.Ш. Сулейманов, О.В. Тарасенко

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», МЗ ХК, г. Хабаровск

Цель исследования. Оценка ситуации с ценами на лекарственные средства на фармацевтическом рынке Хабаровского края, проведение сравнительного анализа с данными Дальневосточного Федерального округа и Российской Федерации.

Материалы и методы. Для анализа использованы данные официального сайта ФГУ «НЦЭСМП» www.rznd.ru, внесенные в проект «Мониторинг цен» учреждениями здравоохранения и аптечными организациями Хабаровского края, информация, опубликованная Росздравнадзором по результатам проведения мониторинга на всей территории Российской Федерации. Мониторинг уровня цен с февраля месяца 2010 г. проводится по всем наименованиям нового Перечня ЖНВЛС, утвержденного распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2135-р.

Результаты и обсуждение. В Хабаровском крае к программе «Мониторинг цен» подключено 168 ЛПУ и аптечных организаций различных форм собственности. Только треть подключенных организаций предоставляет данные для проведения мониторинга. Таким образом, в Хабаровском крае, как и в ДФО в целом отмечено минимальное количество респондентов, предоставивших информацию по ценам.

Наиболее значительный уровень снижения закупочных цен на ЛС амбулаторного сектора наблюдался в феврале 2010 г. (на –1,67%). Это связано с переходом на государственное регулирование ценообразования на лекарственные препараты ПЖНВЛС. В июле 2010 г. темп снижения значительно замедлился и составил –0,04%. Уровень розничных цен от снижения в феврале 2010 г. (–0,78%) перешел к повышению в июле 2010 г. (+ 0,75%). В госпитальном секто-

ре рост цены одной упаковки по МНН снизился от + 17,78% в феврале до + 2,5% в июле 2010 г. То же самое произошло и с уровнем средней цены одной упаковки ЛС по результатам аукциона (котировок).

Средняя торговая надбавка по Хабаровскому краю сохраняется на уровне таковой в РФ, несмотря на высокие затраты по доставке лекарственных препаратов в северные и труднодоступные районы края. Наиболее высокие наценки применяются к недорогим препаратам российского производства, наименьшие, соответственно, к импортным препаратам.

Качественный и количественный состав отсутствующих ЛС на территории Хабаровского края в связи с переходом на Перечень ЖНВЛС значительно изменился и составил в амбулаторном секторе в феврале 2010 г. 471 позицию ЛС (с учетом МНН, торгового наименования, лекарственной формы, упаковки, дозировки). В июле 2010 г. 506 позиций торговых наименований ЛС. В госпитальном секторе дефектура составила в феврале 2010 г. 666 позиций ЛС, в июле 2010 г. 646 позиций ЛС. Основные причины отсутствия отдельных позиций ЛС в аптечном ассортименте связаны с наличием в обороте аналогичных препаратов (в рамках одного МНН) других производителей и/или торгового названия, дозировки и упаковки. В розничной продаже также отсутствуют те ЛС, которые закупаются в рамках программы ОНЛС или используются преимущественно в условиях стационаров.

Выводы. Проводимый мониторинг показал, что в первом полугодии 2010 г. резких скачков в уровне цен на лекарственные препараты как в Хабаровске, так и в Дальневосточном федеральном округе и в Российской Федерации в целом не наблюдается.

ИТОГИ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ СТАНДАРТИЗАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. ХАБАРОВСКА

С.Ш. Сулейманов

*ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,
МЗ ХК, г. Хабаровск*

В настоящее время приоритетным направлением отрасли здравоохранения является качество и доступность медицинской помощи абсолютно всем гражданам Российской Федерации, что возможно путем установления стандартов медицинской помощи.

Для достижения этой цели в муниципальных учреждениях здравоохранения (МУЗ) г. Хабаровска в 2006 г. началась и продолжается работа в области стандартизации, итог которой – 19 сборников стандартных операций и процедур (СОП) по разным направлениям деятельности.

Положительные моменты проведенной работы следующие:

– четкое планирование объемов медицинской помощи населению, выбор оптимальных технологий диагностики и лечения больных с определенной патологией в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программы государственных гарантий;

– правильная тактика ведения больного, уменьшение риска необоснованного проведения дорогостоящих диагностических и лечебных процедур, использование лекарственных препаратов с высоким уровнем доказательности;

– увеличение доступности медицинской помощи;

– проведение экспертизы диагностики и лечения больного при возникновении спорных или конфликтных вопросов.

При осуществлении реформы отечественного здравоохранения оптимизация работ в области стандартизации позволит рационально использовать ресурсный потенциал учреждений здравоохранения и гарантировать доступность медицинской помощи населению.

МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ

С.Ш. Сулейманов, В.В. Сулима, А.А. Горбач, Н.В. Абросимова, Н.В. Кирпичникова

*ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,
МЗ ХК, г. Хабаровск*

Согласно определению ВОЗ, к побочным действиям лекарственных средств относят любую реакцию на лекарственных средств, вредную и нежелательную для организма, возникающую при его назначении для лечения, диагностики и профилактики заболеваний.

Побочные эффекты – причина обращения к врачу 2–3% больных, 3% нуждаются в оказании помощи в условиях отделения интенсивной терапии. Побочные эффекты наблюдаются у 10–20% госпитализированных больных, у 3–12% из них вследствие побочных действий удлиняется срок госпитализации. Побочные эффекты – причина смерти приблизительно 0,27% стационарных больных. При внутривенном введении лекарственных средств у тяжелобольных этот показатель может превышать 1,5%.

Частота возникновения побочных реакций зависит в первую очередь от индивидуальных особенностей, пола, возраста больного, тяжести основного и сопутствующего заболевания, фармакодинамики и фармакокинетики, дозы, длительности применения, путей введения лекарственных средств, лекарственного взаимодействия.

На базе ГОУ ДПО «ИПКСЗ» Министерства здравоохранения Хабаровского края с сентября 2008 г. работает Центр клинической фармакологии и мониторинга безопасности лекарственных средств. За отчетный период (2008–2010 гг.)

получено 264 сообщения о выявленных нежелательных побочных реакциях: у 105 взрослых (40%) и у 158 детей (60%). При этом дети до 1 года составили 40 случаев НПР (25,3%). Чаще всего побочные реакции были обнаружены на антибактериальные, антипротозойные и антигельминтные препараты – 124 случая (46,9%), противотуберкулезные препараты – 50 случаев (18,9%), препараты, влияющие на ЦНС, – 17 случаев (6,4%), НПВС – 14 случаев (5,3%), противовирусные средства – 10 случаев, витамины, поливитамины, микроэлементы – 8 случаев, средства, влияющие на органы дыхания, – 6 случаев (2,3%), средства, влияющие на ССС, – 3 случая (1,1%), средства, влияющие на ЖКТ, – 2 случая (0,75%) и другие.

При определении причинно-следственной связи из 264 реакций к числу определенных отнесено – 6, вероятных – 110, возможных – 147, условных – 1. Основными исходами НПР являлись: выздоровление без последствий – 156 (59,4%), госпитализация – 57 (21,6%), улучшение состояния – 41 (15,6%), продление госпитализации – 6 (2,3%), неизвестно – 3 (1,1%).

Мировая практика фармаконадзора демонстрирует более высокий уровень объема спонтанных сообщений о НПР. Необходимо формировать ответственность всех субъектов обращения лекарственных средств с помощью законодательных и образовательных мероприятий среди медицинских и фармацевтических работников.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РАБОТНИКА В ВЫЯВЛЕНИИ ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

С.Ш. Сулейманов, Н.В. Абросимова, Н.В. Кирпичникова, А.А. Горбач

*ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,
МЗ ХК, г. Хабаровск*

В настоящее время обсуждается вопрос участия провизоров и фармацевтов в системе фармаконадзора РФ. Многие европейские страны в качестве стандартной практики принимали сообщения от фармацевтов о НПР (неблагоприятных побочных реакциях) на лекарственные препараты. В литературе конца 80-х – начала 90-х гг. XX века подчеркивалось, что фармацевты, непосредственно рекомендуемые ЛС пациентам, наиболее подходят для определения НПР на ЛС, и эта практика может идти только на пользу пациентам.

Цель исследования. Изучить участие провизоров и фармацевтов розничных аптечных организаций г. Хабаровска в системе спонтанных сообщений о НПР на лекарственные препараты.

Результаты и обсуждение. По информации Центра клинической фармакологии и мониторинга безопасности лекарственных средств ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» за 2010 г. фармацевты и провизоры представили 90 извещений о НПР на ЛС, полученных от посетителей аптечных организаций. Средний возраст опрошенных составил 46 лет. Среди анкетированных пациентов было 70 женщин (77,8%) и 20 мужчин (22,2%).

Основные группы лекарственных препаратов, вызвавшие НПР – 19 случаев (21,1%) на применение антибактериальных, противомикробных и противовирусных препаратов возникли диспепсические проявления (тошнота, боли в животе, диарея); при использовании средств, влияющих на сердечно-сосудистую систему – 20 случаев (22,2%), из них: на ингибиторы АПФ – 11 случаев (12,2%), в 14 случаях (15,6%) применения НПВС – были выявлены жалобы на поражение ЖКТ (боли в желудке, тошнота, рвота); гормональные препараты вызвали 5 случаев НПР (5,55%), из них: комбинированные оральные контрацептивы – 2 случая (2,22%).

Выявлено 24 серьезные НПР, в том числе 2 реакции у беременных женщин, в 5 случаях отмечено развитие ангионевротического отека, 3 случая потери сознания: на введение раствора АТФ, никотиновой кислоты, индометацина.

Также были выявлены НПР, не относящиеся к серьезным: диспепсические расстройства при приеме антибактериальных препаратов и НПВС – 27 случаев (30%); кашель при приеме ингибиторов АПФ – 8 случаев (8,9%); кожная сыпь при приеме антибактериальных препаратов, витаминов – 17 случаев (18,83%).

Среди исходов НПР в большинстве случаев отмечается выздоровление у 78 человек (86,63%). Госпитализации и вызова службы скорой медицинской помощи отмечали 7 человек (7,8%).

Таким образом, ценность участия провизоров и фармацевтов в системе спонтанных сообщений состоит в предоставлении дополняющей информации, полученной от врачей о НПР на лекарственные препараты. В связи с этим в рамках дальнейшего развития эффективной службы фармаконадзора необходима повсеместная организация мониторинга эффективности и безопасности лекарств в учреждениях здравоохранения и розничных аптечных организациях с целью повышения качества оказания медицинской помощи населению.

СОСТОЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ В 2009 ГОДУ

С.Ш. Сулейманов, О.В. Тарасенко

*ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,
МЗ ХК, г. Хабаровск*

Цель исследования. Анализ основных позиций, характеризующих систему обеспечения лекарственными препаратами отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

Материалы и методы. Информация, опубликованная министерством здравоохранения Хабаровского края, данные, предоставленные Хабаровским Краевым Фондом обязательного медицинского страхования.

Результаты и обсуждение. Численность участников программы ОНЛС в 2009 г. продолжает сокращаться и составляет 42521 человек, имеющих право на льготные ЛС, оплачиваемые средствами федерального бюджета (в 2008 г. это число составляло 55968 человек). Численность человек, имеющих право получать лекарства в рамках «региональной льготы» практически не изменилась и составляет 133171 человек. Показательны цифры, отражающие возможность населения осуществить свое право на обеспечение бесплатными лекарствами: в 2009 г. этим правом воспользовались 27705 федеральных льготников (65%), по краевой льготе — 34960 человек (26%). Несмотря на сокращение численности лиц, получивших бесплатные лекарства, сумма оплаченных рецептов в 2009 г. увеличилась почти вдвое и составила 472847,76 руб. из федерального бюджета. Финансирование из краевого бюджета увеличилось незначительно (181146,01 руб.). Средняя стоимость рецепта, оплаченного из федерального бюджета, увеличилась, и составила 978,75 руб. (против 674,92 руб. в 2008 г.). Средняя сумма на одного льготника, обеспеченного из средств федерального бюджета, возросла с 7764,50 руб. в 2008 г. до 17070,32 руб. в 2009 г. (т. е. на 120%). По краевой льготе количество денег, выделенных в 2009 г. на одного больного, составило 5181,52 руб. и по сравнению с 2008 г. изменилось незначительно. Сумма средств, потраченных на импортные препараты, составила 91,5% по федеральной льготе и 92,6% по краевой льготе.

Наряду с программой ОНЛС в Хабаровском крае принята и действует краевая целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009 – 2011 годы)», включающая в себя подпрограммы: «Сахарный диабет», «Туберкулез», «Онкология», «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем», «Вирусные гепатиты», «Основные направления развития психиатрической службы в Хабаровском крае», «Артериальная гипертензия», «Вакцинопрофилактика». Объем финансирования лекарственного обеспечения по Программе составляет 63,998 млн руб. Программой утверждены основные целевые показатели, сроки и этапы выполнения, основные мероприятия и ожидаемые конечные результаты выполнения.

Выводы. Причиной сокращения численности участников программы ОНЛС в 2009 г. явилась неритмичность поставок ЛС уполномоченной фармацевтической организацией, обусловленной задолженностью государства перед дистрибьюторами и производителями ЛС. Анализ структуры лекарственных препаратов, потребляемых льготными категориями граждан, показал, что, по-прежнему, предпочтение отдано дорогостоящим импортным лекарствам.

Принятие краевой целевой Программы с помощью достоверных индикаторов и системы оценки качества деятельности медицинских организаций, позволяет объективно оценить эффективность вложения средств в программы профилактики, диагностики и лечения социально значимых заболеваний с позиций улучшения показателей здоровья отдельных больных.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-го ТИПА В ХАБАРОВСКЕ И СЕВЕРНЫХ РАЙОНАХ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ.

С.Ш. Сулейманов, Л.Г. Витько

*ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,
МЗ ХК, г. Хабаровск*

Эпидемиологические прогнозы по темпам заболеваемости сахарным диабетом 2-го типа (СД 2 типа) неутешительны. Серьезность этой проблемы связана с высокой степенью инвалидизации и смертности от поздних сосудистых осложнений СД, ведущее значение в профилактике которых имеет адекватная сахароснижающая терапия. Согласно одному из положений консенсусного алгоритма медикаментозной коррекции при СД 2-го типа, разработанного Американской диабетической ассоциацией и Европейской ассоциацией по изучению СД в 2008 г., целесообразно производные сульфонилмочевин назначать вместе с метформином.

Цель исследования. Оценить сахароснижающую терапию у больных СД 2-го типа в городе Хабаровске и северных районах Хабаровского края в соответствии с требованиями консенсуса для дальнейшей разработки практических рекомендаций на региональном уровне.

Материалы и методы. Проанализировано лечение 2042 больных СД 2-го типа г. Хабаровска и 336 – северных районов Хабаровского края по данным Государственного регистра больных СД 2-го типа за 2009 г. Для оценки полученных результатов использовали критерий Стьюдента (t). Разницу считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным в г. Хабаровске комбинированную сахароснижающую терапию метформином и производными сульфонилмочевин использовали в 36,4% случаях. В северных районах этот показатель достоверно ниже – 7,4% ($p < 0,01$). 26% больным г. Хабаровска и 56% – северных районов производные сульфонилмочевин назначали в виде монотерапии ($p < 0,01$). Из производных сульфонилмочевин и в г. Хабаровске, и в северных районах Хабаровского края чаще выбирали глибенкламид; но, если в г. Хабаровске глибенкламид с максимальной дозировкой действующего вещества в одной таблетке (глибенкламид 5 мг) назначали лишь в единичных случаях, то в северных районах такую форму глибенкламида получал каждый второй пациент (53,1%; $p < 0,01$).

Выводы. В Хабаровском крае часто назначают только производные сульфонилмочевин, причем в северных районах это основная схема лечения. Выявленные обстоятельства требуют разработки практических рекомендаций на региональном уровне и обязательного включения в образовательные программы для терапевтов и врачей общей практики вопросов, посвященных лечению СД 2-го типа.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

С.Ш. Сулейманов, О.В. Молчанова, Е.Г. Поступаева

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,
МЗ ХК, г. Хабаровск

Данные фармакоэпидемиологических исследований, проведенных в России за последние годы [Чучалин А.Г. с соавт., 2001–2004; Архипов В.В., 2008] показывают, что общий уровень оказания медицинской помощи больным бронхиальной астмой (БА) далек от оптимального, а структура медикаментозных назначений часто не отвечает требованиям международных рекомендаций и национальных стандартов по фармакотерапии БА.

Цель исследования. Провести в Хабаровском крае фармакоэпидемиологический анализ обеспечения дорогостоящими препаратами (Сальметерол + флутиказон, формотерол + будесонид) больных БА, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение за счет средств федерального бюджета.

Материалы и методы. В ходе исследования было проанализировано лекарственное обеспечение препаратами, относящихся к категории противоастматических, 2147 пациентов с БА. Анализ проведен на основании данных Фонда обязательного медицинского страхования Хабаровского края по отпуску лекарственных препаратов в аптечной сети за счет средств федерального бюджета в 2008–2009 гг. Отдельно проведен анализ обеспечения комбинированными препаратами Сальметерол + флутиказон, формотерол + будесонид, указанной категории больных.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным обеспечение инвалидов с бронхиальной астмой дорогими лекарственными формами составляло соответственно от реальной потребности:

- Формотерол + будесонид, турбухалер, 4,5 мкг + 160 мкг/доза/60 доз № 1 – 45,8%;
- Формотерол + будесонид, турбухалер, 4,5 мкг + 80 мкг/доза/60 доз № 1 – 233,9%;
- Сальметерол + флутиказон мультидиск, 50 мкг + 0,1 мг/доза/60 доз № 1 – 162,5%
- Сальметерол + флутиказон мультидиск, 50 мкг + 0,25 мг/доза/60 доз № 1 – 177,5%
- Сальметерол + флутиказон мультидиск, 50 мкг + 0,5 мг/доза/60 доз № 1 – 207,5%
- Сальметерол + флутиказон, ингалятор, 25 мкг + 0,125 мг/доза/120 доз № 1 – 65,6%;
- Сальметерол + флутиказон, ингалятор, 25 мкг + 0,25 мг/доза/120 доз № 1 – 43,6%;
- Сальметерол + флутиказон, ингалятор, 25 мкг + 50 мкг/доза/120 доз № 1 – 462, 5%.

Заключение: Результаты анализа свидетельствуют о нерациональном использовании материальных средств. Для оптимизации фармакотерапии бронхиальной астмы в регионе необходимо использовать данные фармакоэпидемиологического анализа.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК ОСНОВА КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО АУДИТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

К.П. Топалов, С.Ш. Сулейманов

ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»,
МЗ ХК, г. Хабаровск

Существующая система управления качеством медицинской помощи в Хабаровском крае требует реорганизации. Такой вывод основан на анализе летальности с позиции стандартизации медицинских услуг. В течение 1992–2009 гг. в стационарах Хабаровского края умерло 79644 пациента. Анализ летальности по трехлетним периодам показал, что на протяжении этого времени летальность достоверно ($p < 0,001$) увеличилась с 1,36 до 1,68%. Рост летальности обусловлен за счет инфекционной патологии ($t = 9,0$), болезней органов дыхания ($t = 3,8$) и пищеварения ($t = 12,0$). При новообразованиях, травмах и отравлениях летальность достоверно снизилась; при заболеваниях системы кровообращения летальность остается практически на одном уровне. В 2001–2009 гг. летальность от болезней кровообращения увеличилась ($t = 3,0$), несмотря на внедрение высокотехнологичной медицинской помощи. В 2009 г. летальность при указанной патологии составила 61,9%.

С целью выяснения причин роста летальности в стационарах Хабаровского края был проведен клинико-морфологический аудит умерших (935 случаев) с позиции имеющихся 633 федеральных и 533 региональных стандартов и локальных медико-экономических стандартов каждого лечебного учреждения. Анализ показал, что в организации оказания медицинской помощи имеются определенные дефекты. Поздняя госпитализация пациентов в специализированные учреждения края была зарегистрирована в 327 случаях (34,97%), при этом в 41,3% случаях имелись дефекты оказания медицинской помощи на этапе первичной медико-санитарной помощи. Непосредственно в многопрофильных учреждениях края были выявлены диагностические, тактические и технические дефекты ведения больных в 174 случаях (18,62%). Послеоперационные осложнения были диагностированы в 67 случаях или 7,17%. Неполноценное неадекватное лечение больных было установлено в 138 случаях или 14,76%. Существенную роль в танатогенезе рассмотренных случаев сыграла сопутствующая соматическая патология (9,84%), тяжесть травмы (9,20%), прогрессирование основного заболевания (5,67%).

Результаты проведенного исследования показали, что в системе оказания медицинской помощи на региональном уровне имеются ряд недостатков. В ряде случаев медицинские работники Хабаровского края не придерживаются утверж-

денных стандартов на различных уровнях, что, в свою очередь, сказывается на качестве медицинской помощи. Недостаточно поставлены вопросы материально-технического, лекарственного и информационного обеспечения лечебных учреждений, что затрудняет воспроизводство индивидуального и общественного здоровья на современном уровне.

В настоящее время министерство здравоохранения (МЗ) Хабаровского края придает особое значение совершенствованию оказания медицинской помощи. Институт внес изменения в одну треть, утвержденных МЗ региональных стандартов, с учетом требований доказательной медицины, реалий практического здравоохранения согласно предлагаемым порядкам оказания медицинской помощи и соответствующим уровням.

Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи на принципах стандартизации, доказательности принимаемых решений будет способствовать выработке новых подходов в финансово-экономическом, лечебно-диагностическом процессах оказания медицинской помощи населению. Такой подход существенным образом отразится на повышении эффективности и рациональности использования материальных, кадровых и интеллектуальных ресурсов здравоохранения.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИОРИТЕТОВ В ФИНАНСИРОВАНИИ ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ

С.Э. Торопов, П.Н. Федоров

ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург

Актуальность проблемы вирусного гепатита С и В определяется продолжающимся ростом заболеваемости, повсеместным распространением среди различных социальных групп населения, высокими экономическими затратами на лечебно-диагностические и профилактические цели, зачастую отсутствием симптоматики в течение многих лет болезни и, в последующем, появлением тяжелых фатальных осложнений.

Цель исследования. Проведение фармакоэкономического анализа различных подходов лечения хронических вирусных гепатитов (ХВГ) на фоне ВИЧ-инфекции.

Основные задачи: 1) Анализ современных схем лечения ХВГС и ХВГВ на фоне ВИЧ-инфекции. 2) Оценка прямых медицинских затрат на терапию ХВГ с учетом стоимости основной терапии, лабораторной диагностики, пребывания пациента в стационаре, обследования и медицинского сопровождения, на дополнительные ЛС при смене схемы терапии, на дополнительные ЛС для корректировки побочных эффектов. 3) Проведение сравнительного фармакоэкономического анализа схем лечения ХВГ на фоне ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. При проведении клинико-экономической оценки использовали четыре метода: «минимизации затрат», «затраты-эффективность», метод анализа коэффициента приращения эффективности затрат (инкрементальный коэффициент «затраты-эффективность» (incremental cost-effectiveness ratio/CERincr), при проведении вероятностного анализа чувствительности применяли такой показатель, как «порог готовности общества платить» (порог фармакоэкономической целесообразности – cost-effectiveness threshold), который отражает ту сумму, которую общество готово потратить на достижение определенного терапевтического эффекта для данной категории больных.

Результаты и обсуждение. В данном исследовании проведена сравнительная оценка фармакоэкономической эффективности применения различных препаратов рибавирина, коротких и пегилированных интерферонов. В ходе анализа минимизации затрат было выявлено, что переход на схему лечения ХВГС Пегасис + Рибавирин (производство ООО «Пранафарм») позволяет сократить затраты системы здравоохранения от 95407,2 руб. до 236752,6 руб. в год на одного пациента (в зависимости от выбора препарата рибавирина в качестве препарата сравнения) по сравнению со схемой Пегинтрон + рибавирин. Для коротких интерферонов при переходе на схему Реальдирон + рибавирин экономический эффект составляет от 39047,62 руб. до 260245,05 руб. в год на одного пациента (в зависимости от выбора препаратов сравнения коротких интерферонов и рибавирина).

Для сравнительного анализа стоимости курса лечения ХВГ препаратами пегилированных и коротких интерферонов применялся метод «затраты-эффективность». Показатель «затраты-эффективность» (т. е. стоимость одного вылеченного больного) оказался наименьшим для реалдилона/рибавирина, наиболее дорогим оказалось лечение пегинтроном/веро-рибавирином. В данном анализе выявлено, что лечение пегилированными интерферонами не всегда дороже лечения короткими интерферонами, так для сочетания препаратов пегасис/рибавирин коэффициент эффективности оказался ниже, чем для роферон А/веро-рибавирин.

Анализ показал, что использование пегилированных интерферонов позволило бы увеличить число больных со стойким вирусным ответом (СВО) в СПбГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» на 352 человек в год по сравнению с короткими интерферонами.

Для определения цены достигнутого более высокого эффекта использовался метод анализа коэффициента приращения эффективности затрат (инкрементальный коэффициент «затраты-эффективность» (incremental cost-effectiveness ratio/CERincr).

Результаты анализа приращения эффективности затрат показывают, что дополнительные финансовые вложения (CERincr) за одного эффективно пролеченного пациента до неопределяемого уровня вирусной нагрузки в течение 48 недель терапии равен 30153 руб., что в 27 раз меньше порога фармакоэкономической целесообразности, который в 2009 г. составлял 806117 руб.

Выводы. Таким образом, применение пегилированных интерферонов целесообразно с фармакоэкономической точки зрения. Возможным решением по снижению прямых медицинских затрат на лечение больных ХВГ является выпуск препаратов пегилированных интерферонов российского производства на основе действующих производств коротких интерферонов. Основной проблемой на пути производства длинных интерферонов в России является высокая стоимость и продолжительность клинических исследований для заводов-изготовителей. Возможно создание специальных государственных программ по финансированию клинических исследований. Для решения о целесообразности производства пегилированных интерферонов в России необходимо сопоставить снижение экономического бремени государства, приходящееся на одного больного ХВГ, за счет использования пегилированных интерферонов собственного производства и суммарным затратам на клинические исследования и терапию длинными интерферонами российского производства.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАЗНАЧЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА

Н.Г. Филиппенко, С.В. Поветкин, О.В. Левашова, О.П. Афанасьева

ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Росздрава

Цель исследования. Провести фармакоэпидемиологическую оценку назначения антигипертензивных препаратов при артериальной гипертензии у беременных в условиях локального фармацевтического рынка г. Курска.

Материалы и методы. Было проведено одномоментное описательное исследование, заключающееся в анкетировании 78 врачей (акушеров-гинекологов 85% и терапевтов 15%). Превалировали респонденты со стажем работы от 6 до 20 лет. Исследование проводилось на базе женских консультаций и родильных домов (2009 г.).

Результаты и обсуждение. В процессе анкетирования было установлено, что для лечения артериальной гипертензии у беременных наиболее широко применялись антагонисты кальция (28%), β-адреноблокаторы (18%), препараты центрального действия (15%), ингибиторы АПФ (4%), диуретики (3%), и 30% – «другие» препараты. Среди антагонистов кальция предпочтение отдавалось короткодействующему нифедипину (51,5%) и верапамилу (45,5%). β-адреноблокаторы применялись в виде анаприлина (44%), атенолола (40%); в меньшей степени рекомендовались метопролол (8%) и небиволол (2%). В структуре назначений диуретиков доминировал фуросемид и индапамид.

Заключение. Назначение антигипертензивных препаратов в условиях локального фармацевтического рынка г. Курска в исследованный период 2009 года частично не соответствовало рекомендациям по ведению беременных с артериальной гипертензией.

Индапамид, ингибиторы АПФ противопоказаны у данной категории населения. Среди β-адреноблокаторов необходимо отдавать предпочтение высокоселективным ЛС.

Разработанные национальные рекомендации по ведению беременных с артериальной гипертензией (2010 г.) помогут специалистам в правильном выборе лекарственных препаратов с учетом доказательной базы.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАЛИЗА «ВЛИЯНИЕ НА БЮДЖЕТ» В УСЛОВИЯХ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.Д. Фильчагова

ФГБУ НЦ ЭСМП Минздрава России

Цель исследования. Рассмотреть возможность использования анализа «влияние на бюджет» (ВИА) в условиях российского здравоохранения.

Материалы и методы. Информационный поиск рекомендаций по проведению исследований с использованием метода ВИА и национальных руководств по проведению ВИА в базе данных ЦНМБ, Pubmed, Medline и в Интернете по поисковым словам: «анализ влияния на бюджет», «budget impact analysis», «ВИА».

Результаты и обсуждение. В ходе информационного поиска были обнаружены национальные руководства и рекомендации ISPOR по проведению исследований с использованием ВИА. Суть ВИА заключается в оценке последствий для бюджета отдельного ЛПУ, региона или страны в целом от внедрения новой медицинской технологии с учетом ее эффективности и числа пациентов, для которых она будет использоваться. При проведении ВИА в РФ следует руководствоваться основными международными рекомендациями, но также обязательно учитывать особенности российского здравоохранения: специфические демографические, эпидемиологические особенности заболеваемости населения, особенности финансирования системы здравоохранения (совокупность бюджетного финансирования и системы страхования (ОМС и ДМС)), принципы льготного лекарственного обеспечения и др. Затраты на текущую и новую методики лечения должны включать в себя, главным образом, прямые медицинские затраты, среди которых определяющими остаются затраты на ЛС при существующей в РФ системе здравоохранения. Результаты исследования должны включать в себя информацию о ежегодных уровнях использования ресурсов и затратах на лечение при использовании новой медицинской технологии.

Выводы. Использование в исследованиях метода ВИА возможно только с учетом всех особенностей российского здравоохранения, полученные данные позволят оптимизировать лекарственное обеспечение в условиях ограниченности бюджета ЛПУ, региона и страны в целом.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ABC-, VEN-АНАЛИЗА КАК КЛЮЧ К ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТАЦИОНАРА

С.Г. Фоминых, С.В. Скальский, Е.В. Вахрамеева

*Омская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1 г. Омск*

Проведение ABC, VEN-анализа стало неотъемлемой частью повседневной деятельности врачей — клинических фармакологов. Однако методология интерпретации получаемых результатов требует дальнейшего совершенствования и унификации.

Цель исследования. Показать как результаты ABC-, VEN-анализа позволяют улучшить лекарственное обеспечение стационара.

Задачи исследования. Сравнить результаты ABC-, VEN-анализов за 7 летний период и показать методологию интерпретации итоговых данных для улучшения закупки лекарственных средств (ЛС).

Материалы и методы. Распределение ЛС по группам А, В и С общепринятым методом проводилось на основании изучения их закупки из всех источников финансирования, по группам V, E и N — экспертным способом. Для оценки эффективности работы ЛПУ использовались данные годовых государственных статистических отчетов. Для установления взаимосвязи признаков применен непараметрический метод корреляционного анализа Спирмена с использованием прикладного пакета статистических программ «Statistica 6,0».

Результаты и обсуждение. Установлено, что количество наименований ЛС значимо влияет на показатель летальности ($r = 0,83$, $p < 0,04$). Так в 2004 г. всего наименований ЛС закупалось 280, показатель летальности составил 5,2, в 2006 г. — 301 и 5,1, в 2007 г. — 186 и 4,6, в 2008 г. — 230 и 4,8, в 2009 г. — 192 и 4,3, в 2010 г. (за 9 мес.) — 246 и 4,7. При этом решающее значение имел не ассортиментный перечень в целом, и не количественное насыщение группы N (диапазон от 19 позиций в 2007 г. до 54 в 2004 г.), а представительство ЛС категории N в группах А и В. Так, в 2006 г. таких позиций обнаружили 10 (октреатид, актовегин, ницерголин, кеторолак, метамизол, ранитидин, винпоцетин, дротаверин, ингитрил, аскорбиновая кислота) и худшие статистические показатели работы стационара, а в 2009 г. позиций N в группах А и В не оказалось вообще и отмечались наилучшие показатели работы ЛПУ (то есть деньги затрачивались в основном на ЛС абсолютно необходимые для спасения жизни).

Заключение. Использование результатов ABC-, VEN-анализа позволяет оптимизировать закупку ЛС и повысить эффективность работы стационара.

ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В г. ЯРОСЛАВЛЕ

А.Л. Хохлов, С.М. Чугунная, Н.М. Низяева

Ярославская государственная медицинская академия

Цель исследования. Проведение фармакоэпидемиологического исследования типичной практики лечения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК)

Обследовано 45 больных с язвенной болезнью желудка и ДПК, среди них, 15 больных в стадию обострения, 30 — в стадию ремиссии. Среди них — 17 мужчин и 28 женщин. Средний возраст пациентов 59 лет. Средняя продолжительность заболевания 22,5 года.

Материалы и методы. Анкетирование (визуально — аналоговая шкала, SF-36), ретроспективный анализ амбулаторных карт, клиническое обследование больных, статистическая обработка данных.

Результаты и обсуждения. По данным амбулаторных карт назначения препаратов соответствуют рекомендациям: ингибитор протонной помпы — омепразол у 30-ти больных (100%), противомикробные препараты у 30-ти больных (100%), Де-Нол у 8-ми больных (26%). Имеет место стереотипность назначений: 16% больным одновременно назначались антибиотики пенициллинового ряда, ингибитор протонной помпы, производные имидазола в одинаковой дозировке.

10 больных из 30-ти проходили курс лечения ЯБЖ и ДПК 2 раза за 2 года, у 3-х пациентов — 3 обострения за 2 года. 8 пациентов из 30-ти — 1 обострение за 2 года.

При сравнении схем лечения больных, дважды лечившихся за 2 года (10 человек) определено, что 3-м больным из 10-ти назначен один антибактериальный препарат, наблюдалось повторное лечение заболевания через год.

Оценивая лечение пациентов однократно обратившихся за лечением, у 3-х больных из 8-ми, назначен один антибактериальный препарат, эрадикации Нр проведено не было.

Анализ приверженности пациентов к лечению показал, что причиной не соблюдения рекомендаций врача пациентами являлись: недооценка тяжести своего состояния — у 10-ти пациентов, забывчивость — в 3-х случаях, недоверие к врачу — в 2-х случаях.

Выводы. Необходим дифференцированный подход при эрадикации Нр у пациентов. Установлено недостаточное соответствие назначений врачей международным рекомендациям (Маастрихт-1997). Приверженность пациентов к лечению снижена. Наиболее частой причиной низкой приверженности является недооценка тяжести своего состояния пациентами.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ВНЕДРЕНИЮ ТРОМБОЛИЗИСА В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

С.В. Шиганов, В.В. Баев

ГОУ ВПО «Хакасский государственный университета имени Н.Ф. Катанова»
Медико-психолого-социальный институт

Цель исследования. Проведение клинического анализа отдаленных результатов по выбранным критериям эффективности через год после проведенной терапии у больных с ишемической болезнью сердца с острым инфарктом миокарда.

Клинический анализ осуществлялся по следующим критериям эффективности – смерть пациента, повторный инфаркт или ОКС, инсульт, количество вызовов скорой помощи, первичный выход на инвалидность или усиление группы, нарастание класса сердечной недостаточности, нарастание класса стенокардии, появление аритмии, количество посещений участкового врача-терапевта.

Оценивались результаты лечения у групп больных по 30 человек с типичной практикой лечения, после проведенного тромболитического препаратами альтеплаза и стрептокиназа. Группа с типичной практикой отбиралась по принципу случай-контроль: одинаковый возраст, пол, исходные данные по инфаркту (локализация, размеры) при поступлении с пациентом после тромболитического, давность поступления до 2-х суток от начала инфаркта.

Применение альтеплазы или стрептокиназы при лечении острого инфаркта миокарда показало несколько лучшие результаты по сравнению с типичной практикой без тромболитического, однако достоверные различия были получены только по следующим критериям эффективности – меньше вызовов скорой помощи в группах стрептокиназа $1,5 \pm 0,75$ случаев и альтеплаза $1,5 \pm 0,75$ случаев в среднем за один месяц, в сравнении с $2,3 \pm 0,67$ случаев в группе типичная практика, $t = 3,1$; $p < 0,05$ и $t = 3,1$; $p < 0,05$. Меньшая частота госпитализаций в месяц в группе альтеплаза. ($1,5 \pm 0,5$ случаев в группе альтеплаза) в сравнении с $3,6 \pm 0,7$ случаев в группе типичная практика), $t = 4,6$; $p < 0,001$; Меньшее количество больных с нарастанием класса стенокардии напряжения (ни одного в группе альтеплаза и 16 человек в группе типичная практика, $t = 5,9$; $p < 0,001$) и прогрессирования сердечной недостаточности (0 и 22 человека соответственно, $t = 4,7$; $p < 0,001$) за год лечения в группе альтеплаза. По критериям инсульт, смерть, впервые возникшее нарушение ритма в группах статистически значимых различий не выявлено.

На основании полученных данных с учетом отдаленного прогноза следует вывод, что назначение альтеплазы при терапии острого инфаркта более предпочтительно по результатам вторичных конечных точек при наблюдении более одного года после лечения по выбранным критериям эффективности.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ

В.А. Шкитин, Н.А. Панисьяк

ГОУ ВПО СГМА Росздрава

Цель исследования. Определить наиболее выгодную схему лечения ЯБДПК с позиций фармакоэкономики.

Материалы и методы. В исследование было включено 124 больных ЯБДПК в период обострения, лечение которым было назначено участковыми врачами. Все больные были разделены на 6 групп: 1) фамотидин 40 мг/д, амоксициллин 2,0 г/д, метронидазол 1,0 г/д – ФАМ; 2) омепразол 40 мг/д, амоксициллин 2,0 г/д, метронидазол 1,0 г/д – ОАМ; 3) омепразол 40 мг/д, кларитромицин 500 мг/д, метронидазол 1,0 г/д – ОКМ; 4) омепразол 40 мг/д, кларитромицин 500 мг/д, амоксициллин 2,0 г/д – ОАК; 5) дебол 480 мг/д, амоксициллин 2,0 г/д, метронидазол 1,0 г/д – ДАМ; 6) омепразол 40 мг/д, амоксициллин 2,0 г/д, фуразолидон 400 мг/д – ОАФр. В качестве критерия эффективности использовался показатель частоты эрадикации через две недели. Фармакоэкономический анализ проводился с определением показателя соотношения «затраты–эффективность».

Результаты и обсуждение. Схема ОАК позволяла добиться наибольшей частоты эрадикации ($p < 0,001$). Остальные схемы антихеликобактерной терапии по эффективности достоверно между собой не различались.

Для подсчета затрат на лечение одного больного к стоимости схемы терапии прибавлялись затраты на проведение диагностики, выплаты по временной нетрудоспособности и стоимость посещений врача общей практики.

Фармакоэкономический анализ показал, что наименее затратной схемой является ОАК (СЕА = 6316 руб.), что достоверно ниже, чем использование других линий терапии ($p < 0,01$).

Выводы. Наиболее эффективной антихеликобактерной терапией является схема, содержащая омепразол, кларитромицин и амоксициллин. Схема ОАК является наиболее экономически выгодной и приводит к значительной экономии материальных ресурсов.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДИФФУЗНОГО ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Н.В. Шкрובה, Т.В. Шелехова, С.И. Богословская, Е.В. Лучинина, А.Н. Леванов

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава»

Тяжелым клиническим проявлением множественной миеломы является остеопороз, который часто сопровождается переломами костей. Тяжесть заболевания зачастую определяется степенью выраженности остеопороза.

Цель исследования. Оптимизировать фармакотерапию диффузного остеопороза у больных множественной миеломой, путем дифференцированного применения антирезорбтивных средств с различным механизмом действия.

Материалы и методы. Исследование эффективности терапии антирезорбтивными препаратами: остеогеноном и кальцитонином проводилось у 38 пациентов множественной миеломой ($62,6 \pm 9,6$ лет) с диффузным остеопорозом. Исследование минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проводилось методом ультразвуковой денситометрии.

Результаты и обсуждение. Пациенты были разделены на две группы методом случайной выборки. Первая группа получала после стандартной схемы лечения антирезорбтивный препарат – кальцитонин (миакальцик, назальный спрей) в дозе 200 МЕ в сутки в течение двух месяцев с двухмесячным перерывом в интермиттирующем режиме. Вторая группа, после основного лечения получала антирезорбтивный препарат – остеогенон в дозе 4800 мг в сутки в течение двух месяцев с двухмесячным перерывом в интермиттирующем режиме.

Через 12 месяцев у первой группы пациентов отмечались увеличение МПКТ на 4,7%, нормализация показателей фосфорно – кальциевого обмена и маркеров костной резорбции и костеобразования. У пациентов второй группы, получавших остеогенон, через 12 месяцев отмечались прирост МПКТ до 3,8%, нормализация показателей фосфорно-кальциевого обмена и маркеров костной резорбции и костеобразования.

Выводы. Проведенное исследование позволило провести мониторинг эффективности антирезорбтивной терапии диффузного остеопороза у больных с множественной миеломой на фоне стандартной полихимиотерапии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТОВ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЦЕРЕБРОЛИЗИНА С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ – ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.С. Шпигель

Самарский государственный медицинский университет

Обсуждаются нарушения требований в отношении описания структуры, методологических стандартов, представления результатов клинических исследований и оценки их эффективности при проведении клинических испытаний методов лечения с использованием церебролизина. Подчеркивается, что результаты исследований не всегда представлены должным образом так, чтобы была возможность оценить эффективность вмешательства не только качественно, но и количественно с представлением основных параметров эффекта вмешательства: *SOR* (снижение относительного риска), *SAR* (снижение абсолютного риска), ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение определенного времени, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного больного, *OШ* – отношение шансов. Выражается критическое отношение к использованию средних балльных величин оценочных шкал. Несовершенство использования оценочных шкал и их некорректная обработка не дает возможности охарактеризовать эффект вмешательства церебролизина с позиций доказательной медицины. В связи с этим обсуждаются особенности терминологии: различие понятий «отсутствие доказательств эффективности вмешательства» и «отсутствие эффективности вмешательства». Предлагается при представлении результатов оценки вмешательства рассчитывать показатели, принятые в доказательной медицине. В качестве примера автором приводится собственная интерпретация мета-анализа Z.-H.WEI et al., 2008, базировавшегося на 6 рандомизированных плацебо-контролируемых двойных слепых исследованиях терапевтического воздействия препарата церебролизин на пациентов с легким и среднетяжелым течением болезни Альцгеймера. Данный мета-анализ представляет интерес, поскольку указывается количество больных, ответивших на лечение по данным оценочных шкал *CGI/C* (или *SIBI/C*) в абсолютных числах. Преобразовав таблицу, можно представить результаты, когда в качестве изучаемого неблагоприятного исхода принято отсутствие ответа на лечение. Полученные результаты характеризуют высокую частоту неблагоприятных исходов в группе контроля (у пациентов, не получавших церебролизин), по сравнению с группой пациентов, получавших церебролизин соответственно 58% и 33% ($p < 0,001$). Снижение относительного риска: 43% при колебании 95% ДИ от 31% до 54%. Снижение абсолютного риска – 25% при 95% ДИ от 18 до 32%. Число больных, которых необходимо лечить, чтобы предупредить один неблагоприятный исход (отсутствие ответа на лечение) равно 4 95% ДИ от 3-х до 6-ти. Отношение шансов 0,35 при 95% ДИ 0,26 – 0,48.

Таким образом, убедительно демонстрируется эффективность церебролизина для предотвращения отсутствия ответа на лечение по данным оценки *CGI/C* (*SIBI/C*) у пациентов с легким и среднетяжелым течением болезни Альцгеймера.

Высокие значения показателей *SAR* и *SOR* характеризуют клиническую значимость полученных результатов. Показатели ЧБНЛ и *OШ* позволяют утверждать, что назначение церебролизина, у каждого четвертого и пятого пациента дают возможность избежать неблагоприятного исхода, отсутствия ответа на лечение по данным оценки *CGI/C* (*SIBI/C*).

ПОДДЕРЖКА ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ ДОКА+ НА ОСНОВЕ ПРОАКТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Е.И. Шульман, Д.Ю. Пшеничников, А.Г. Микшин, М.В. Глазатов, Г.З. Рот

Научно-инновационная компания «МедИнТех», г. Новосибирск

В клинической информационной системе (КИС) ДОКА+ проактивные функции используются для поддержки принятия решений медперсонала ЛПУ в различных процессах, наиболее часто – при назначении фармакотерапии. Цель работы этих функций состоит в том, чтобы сообщить врачу о вероятных негативных последствиях назначения пациенту того или иного препарата. Такое название они получили потому, что запускаются и выводят релевантное сообщение на

экран монитора не по запросу врача в случае возникновения у него сомнений в правильности назначения, а в упреждающем режиме.

Набор сообщений проактивных функций, запускаемых системой при назначении пациентам фармакотерапии в КИС ДОКА+, включает в себя предупреждения о рисках: взаимодействия назначаемых пациенту препаратов; превышения максимальных рекомендуемых доз; наличия у пациента противопоказаний и др. В основе работы ряда функций лежат специально созданные для системы ДОКА + информационные компоненты – информационные базы и справочники.

Помощь от системы получают также провизоры и фармацевты (например, сигналы о приближении к окончанию сроков годности препаратов), медицинские сестры (сигналы о новых назначениях пациентам, о необходимости формирования требований на заказанные врачами, но отсутствующие в отделении медикаменты) и, конечно, руководители ЛПУ.

В ЛПУ различного статуса и местоположения (от районной больницы в ХМАО до краевой клинической больницы Приморского края) получены и опубликованы прямые доказательства того, что работа проактивных функций приводит к повышению уровня безопасности пациентов. В совокупности с обеспечиваемыми системой стандартизацией лечения и обследований, а также автоматическим персонализированным учетом, рационализирующим расходы ЛПУ, это способствует повышению качества лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТРАСТУЗУМАБА В 1-ГОДИЧНОЙ АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ HER2-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАННЕЙ СТАДИИ

Р.И. Ягудина, А.Ю. Куликов, Т. Нгуен

ГОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Цель исследования. Определение экономической эффективности и полезности комбинации одногодичной адьювантной терапии трастузумабом со стандартной химиотерапией HER2 + рака молочной железы (РМЖ) ранней стадии в условиях здравоохранения Российской Федерации.

Материалы и методы. Была разработана Марковская модель для расчета совокупных затрат, LYG и QALY, полученных за 20 лет наблюдения пациентов HER2 + РМЖ ранней стадии. Пациенты получали лечение в виде комбинации химиотерапии и 1-годовой терапии трастузумабом (ХТ + Т) или только в виде химиотерапии (ХТ). Вероятности переходов между состояниями в модели Маркова, эффективность и полезность лечения были получены из клинического исследования HERA, 2005 и других литературных данных. Расходы на каждое состояние марковской модели основаны на стандарте лечения РМЖ в России. Данные о стоимости медицинских услуг и препаратов получены из прайс-листа амбулаторной медицинской помощи в клинике ММА имени И. М. Сеченова 10.01.2010, сайта minzdravsoc.ru/medicine и других доступных электронных ресурсов. Затраты, эффективность и полезность за каждый год лечения были рассчитаны с учетом дисконтирования 3%. Был проведен анализ чувствительности для ключевых параметров модели.

Результаты и обсуждение. На основе марковской модели с 20-летним горизонтом было установлено, что инкрементальный коэффициент «затраты–эффективность» составил 860704 руб., а инкрементальный коэффициент «затраты–полезность» составил 986015 руб. При сравнении с порогом «готовности платить», дополнительные затраты на дополнительный LYG и QALY находились в приемлемом диапазоне (825000–1650000 руб.). Анализ чувствительности показал, что основными факторами, влияющими на экономическую эффективность и полезность являются общая выживаемость, цена трастузумаба и коэффициент дисконтирования.

Выводы. Проведенное фармакоэкономическое исследование продемонстрировало, что одногодичная терапия HER2 + РМЖ ранней стадии Трастузумабом в комбинации с химиотерапией с точки зрения анализа «затраты–эффективность» и «затраты–полезность» обладает преимуществом перед использованием лишь стандартной химиотерапии, при этом для повышения фармакоэкономической эффективности применения Герцептина требуются дополнительные мероприятия.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Л.В. Яковлева, О.А. Герасимова

*Национальный фармацевтический университет
кафедра фармакоэкономики, г. Харьков*

Цель исследования. Фармакоэкономический анализ схем моно- и комбинированной терапии артериальной гипертензии (АГ).

Задачи исследования: оценка результатов клинического применения схем лечения АГ, определение затрат (DC) на применение лекарственных препаратов (ЛП) в составе исследуемых схем у одного пациента, расчет коэффициентов «затраты–эффективность» (CER) по каждой схеме лечения АГ.

Материал и методы. Для исследования использованы 4 схемы терапии АГ: 1 – комбинация ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) эналаприла и диуретика фуросемида, 2 – ИАПФ эналаприл, 3 – β-адреноблокатор метопролол, 4 – антагонист кальция верапамил. Указанные схемы состояли из импортных ЛП, которые пациенты принимали в следующих суточных дозах в течение года: эналаприл – 5 мг, фуросемид – 20 мг, метопролол – 25 мг, вера-

памил – 240 мг. Фуросемид на протяжении курса лечения пациенты принимали 1 раз в 3 дня, а остальные ЛП – каждый день. Исследуемые схемы и показатели их эффективности (Ef) взяты из результатов клинического исследования, которое проводилось на базе одной из больниц г. Донецка. Критерий эффективности лечения – количество пациентов (в %) без гипертонического криза на протяжении года после проведения указанной терапии. Выбор оптимальной схемы лечения АГ проводили с помощью фармакоэкономического метода «затраты–эффективность».

Результаты и обсуждение. Установлено, что CER для схемы 1 составил – 78,44 грн. (Ef – 93%, DC – 72,95 грн.), для схемы 2 – 115,58 грн. (Ef – 60%, DC – 69,35 грн.), для схемы 3 – 264,04 грн. (Ef – 47%, DC – 124,10 грн.), для схемы 4 – 255,50 грн. (Ef – 60%, DC – 153,30 грн.). Меньшей стоимостью единицы эффективности характеризуется схема 1. Она является одной из самых дешевых на курс лечения и самой эффективной среди исследуемых схем.

Заключение. С фармакоэкономической точки зрения является целесообразным проведение комбинированной терапии АГ.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л.В. Яковлева, И.Ю. Ковальская, Н.А. Матяшова

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

Нозокомиальные инфекции являются четвертой причиной по частоте летальности (Jarvis W.R., 1996 г.). Послеоперационная раневая инфекция составляет около 40% от всех нозокомиальных инфекций, развивающихся у хирургических пациентов, и обуславливает 75% случаев летальности среди больных данной группы (Solomkin S., 2001 г.). В настоящее время общепринятым методом предупреждения развития раневой инфекции является проведение предоперационной антибиотикопрофилактики. Однако неоправданное применение антибиотиков может привести не только к развитию побочных эффектов, но и к формированию бактериальной резистентности, что в свою очередь приводит к снижению эффективности терапии и увеличению затрат на лечение.

Цель исследования. Проведение на базе Института общей и неотложной хирургии АМН Украины комплексного анализа потребления антибиотиков. Объектом исследования служили истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в период с января по июнь 2009 года. Из 2967 проанализированных историй болезни было отобрано 1254 истории, которые содержали назначения антибактериальных лекарственных средств. Потребление ЛП оценивали с использованием частотного и ABC анализа.

В результате проведенного анализа выявлено, что в стационаре использовались препараты на основе 39 МНН, относящиеся к 9 группам антибактериальных средств. Наиболее часто назначались цефалоспориновые антибиотики – 50,66%, производные имидазола – 23,32%, аминогликозиды – 10,80%, пенициллины – 6,31% и фторхинолоны – 6,22%. Основная часть затрат (группа А, 75,44%) приходится на 11 наименований ЛП (12,36% всей номенклатуры). В группу В вошел 21 препарат, что составило 19,41% затрат, наиболее многочисленная группа – группа С – составляет 57 препаратов и является наименее затратной (4,8% от всех денежных средств). Наиболее затратными препаратами из группы А явились препараты Уназин (38,10%) и Сульперазон (8,86% от всех затрат), по частоте же назначений эти препараты занимают 6 и 20 места из 89 имеющихся позиций. Указанные препараты являются высокостойкими и часто назначаемыми несмотря даже на то, что на украинском фармацевтическом рынке имеются более доступные по цене генерические аналоги.

Выводы. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о применении эффективных антибиотиков, однако о не достаточно рациональном использовании денежных ресурсов в данном ЛПУ.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РЕВЛИМИД (ЛЕНАЛИДОМИД) В СРАВНЕНИИ С БОРТЕЗОМИБОМ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

П.А. Воробьев, М.В. Лесничева, О.В. Борисенко, Л.В. Безмельницина

МОО «Общество фармакоэкономических исследований», Москва

Цель исследования: проведение клинико-экономического анализа применения препарата Ревлимид (леналидомид) в сравнении с бортезомибом у пациентов с множественной миеломой, оценка качества жизни больных с множественной миеломой, сравнение качества жизни пациентов, получающих Ревлимид (леналидомид) и Велкейд (бортезомиб).

Методы исследования: Клинико-экономическое исследование проводилось с использованием моделирования и метода «затраты–эффективность». Основой для модели послужили результаты исследований MM-009 и MM-010 и APX, в которых изучалась эффективность и безопасность леналидомида и бортезомиба. Использование комбинации «леналидомид + дексаметазон» у пациентов, ранее получавших лечение по поводу множественной миеломы, сопровождалось: большей частотой полного ответа CR (20,3% и 8,6% соответственно), большей общей частотой ответа ORR (66,9% и 43% соответственно), большим временем до прогрессирования (ТТР) после предшествующего применения одного варианта лечения (17,1 и 7,0 месяца) и после предшествующего применения двух и более вариантов лечения (10,6 и 4,9 месяца). Были построены модели для выбора оптимального из двух имеющихся альтернативных вариантов лечения пациентов, ранее получавших лечение по поводу множественной миеломы. Критерием эффективности в исследовании является выигрыш времени до прогрессирования заболевания в месяцах (ТТР). Оценка качества жизни проводилась с помощью опросника Euroqol 5D.

Результаты исследования: Затраты на лечение всей популяции пациентов, ранее получавших терапию по поводу множественной миеломы, были значительно выше в группе «леналидомид + дексаметазон» (4 434 346,4 руб. и 2 305 917,6 руб. соответственно). Затраты в группе пациентов, ранее получавших только один вид терапии также были выше при лечении комбинацией леналидомид + дексаметазон (5 076 336,8 руб. и 2 305 917,6 руб. соответственно). Однако за счет существенной разницы в эффективности прямые затраты на 1 месяц без прогрессии заболевания оказались меньше для комбинации «леналидомид + дексаметазон», чем для монотерапии бортезомибом как в общей популяции, так и в группе пациентов, ранее получавших только один вид терапии (418 334,57 руб. и 470 595,43 руб. для пациентов из общей популяции, 296 861,8 руб. и 329 416,8 руб. в группе пациентов, ранее получавших только один вид терапии, соответственно). Исследование качества жизни показало, что больные, получающие леналидомид, имеют меньше умеренных и тяжелых нарушений по критериям «передвижение в пространстве», «самообслуживание», «повседневная активность», «наличие боли и дискомфорта», «наличие тревоги и депрессии». Общее состояние больных, получающих леналидомид, в течение прошлого года улучшилось в 77,8% случаев, тогда как у пациентов, получающих бортезомиб, этот показатель был ниже (57,1%). Оценка качества жизни по визуально-аналоговой шкале была выше у пациентов, получающих леналидомид (0,68 баллов и 0,60 баллов соответственно).

Заключение: Таким образом, леналидомид в комбинации с дексаметазоном при лечении пациентов, ранее получавших терапию по поводу множественной миеломы, выглядит экономически эффективным с позиции государственной системы здравоохранения.

ТЕЗИСЫ XIII МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ОБЩЕСТВО ФАРМАКО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ» «СПРАВЕДЛИВОСТЬ, КАЧЕСТВО, ЭКОНОМИЧНОСТЬ»	ABSTRACTS OF THE XIII INTERNATIONAL CONGRESS OF THE RUSSIAN SOCIETY FOR PHARMACO- ECONOMICS AND OUTCOMES RESEARCH «EQUITY, QUALITY, ECONOMY»		Бурмистров В.И.	Burmistrov V.I.	15
			Вагин В.А.	Vagin V.A.	16
			Валокевич В.Н.	Valukevich V.N.	22
			Вахрамеева Е.В.	Vahrameeva E.V.	42
			Везикова Н.Н.	Vezikova N.N.	16
			Витко Л.Г.	Vitko L.G.	38
			Воробьев П.А.	Vorobyev P.A.	16, 17, 18, 46
			Гельцер Б.И.	Geltser B.I.	18
			Герасимова О.А.	Gerasimova O.A.	45
			Глазатов М.В.	Glazatov M.V.	44
			Глазьев И.Е.	Glaziev I.E.	28
			Горбач А.А.	Gorbach A.A.	36, 37
			Гусейн-Заде М.Г.	Gusein-Zade M.G.	24
			Деев А.Д.	Deev A.D.	22
			Дементьева Н.Е.	Dementyeva N.G.	25
			Денисова М.А.	Denisova M.A.	25
			Дуйсенова Р.Б.	Deysenova R.B.	31
			Духанин А.С.	Duhanin A.S.	11
			Елисеєва Е.В.	Eliseyeva Ye.V.	16, 18, 19
			Ефимова Л.П.	Efimova L.P.	19
			Ефремов Л.И.	Efremov L.I.	24
			Жихарева Л.В.	Zhigareva L.V.	7, 8, 9, 12
			Жуйков Н.В.	Zhuykov N.V.	20
			Зарицкая Г.М.	Zarickaya G.M.	29
			Захарова Н.Г.	Zaharova N.G.	13
			Звягина М.В.	Zvyagina M.V.	22, 27
			Зинчук И.Ю.	Zinchuk I.U.	20
			Иванчик Н.В.	Ivanchik N.V.	33
			Калев О.Ф.	Kalev O.F.	15
			Калиева Ш.С.	Kalieva S.S.	5
			Калинина А.М.	Kalinina A.M.	22
			Карабаева Р.Ж.	Karabaeva P.Z.	3
			Кижло С.Н.	Kizhlo S.N.	32
Абрамова Т.В.	Abramova T.V.	27			
Абросимова Н.В.	Abrosimova N.V.	36, 37			
Адилбекоева Б.Б.	Adilbekova B.B.	3			
Айнабекова Б.А.	Aynabekova B.A.	3			
Анпилогова Н.В.	Anspilogova N.V.	4			
Асестров Д.О.	Asestrov D.O.	4			
Афанасьева О.П.	Afanasyeva O.P.	41			
Баев В.В.	Bayev V.V.	16, 43			
Бакыбаев Д.Е.	Bakibaev D.E.	5			
Барышев П.М.	Baryshev P.M.	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12			
Беденков А.В.	Bedenkov A.V.	21			
Бездетко Н.В.	Bezdetko N.V.	12			
Безмельнищина Л.Ю.	Bezmelnitsina L.U.	16, 17, 46			
Беляков Н.А.	Belyakov N.A.	13			
Бережнова М.С.	Berezhenova M.S.	33			
Богданова Е.Д.	Bogdanova E.D.	14			
Богословская С.И.	Bogoslovskaya S.I.	26, 43			
Борисенко О.В.	Borisenko O.V.	5, 7, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 46			
Бочанова Е.Н.	Bochanova Ye.N.	14			
Бочарова Ю.А.	Bocharova U.A.	28			

Кирпичникова Н.В.	Kirpichnikova N.V.	14, 36, 37	Поступаева Е.Г.	Postupaeva E.G.	39
Климко Н.Н.	Klimko N.N.	21	Прибыткова О.В.	Prybitkova O.V.	31, 35
Князев О.В.	Knyazev O.V.	24	Пшеничников Д.Ю.	Pshenichnikov D.U.	44
Ковальская И.Ю.	Kovalskaya I.U.	46	Раснюк О.В.	Rasnyuk O.V.	26
Козлов Р.С.	Kozlov R.S.	21, 33	Рассохин В.В.	Rassohin V.V.	13
Колбин А.С.	Kolbin A.S.	21	Рахимбекова Д.К.	Rahimbekova D.K.	31
Кондрашова Д.В.	Kondrashova D.V.	18, 19	Решетько О.В.	Reshetko O.V.	32, 33
Концевая А.В.	Koncevaya A.V.	22	Романова С.Ю.	Romanova S.U.	32
Коренькова И.О.	Korenkova I.O.	28	Рот Г.З.	Rot G.Z.	44
Корж Ю.В.	Korzh U.V.	29	Рудакова А.В.	Rudakova A.V.	33
Корнилов А.А.	Kornilov A.A.	22	Рута А.В.	Ruta A.V.	33
Королева О.А.	Koroleva O.A.	21	Ручкина И.Н.	Ruchkina I.N.	24
Косяченко К.Л.	Kosyachenko K.L.	23	Самуйло Е.К.	Samuylo E.K.	21, 33
Краснова Л.С.	Krasnova L.S.	16	Селенов И.Н.	Selenov I.N.	31
Кречикова О.И.	Krechikova O.I.	33	Серпик В.Г.	Serpik V.G.	34
Крутицкая Л.И.	Krutitskaya L.I.	25	Сизова Н.В.	Sizova N.V.	13
Кубарева И.В.	Kubareva I.V.	23	Сизоненко А.Л.	Sizonenko A.L.	24
Куликов А.Ю.	Kulikov A.U.	45	Скальский С.В.	Skalsky S.V.	42
Курлесева Т.Ю.	Kurleeva T.U.	23, 24	Согийянен А.А.	Sogiyanen A.A.	34
Курц Е.М.	Kurts E.M.	14	Старцева А.П.	Startceva A.P.	35
Лазебник Л.Б.	Lazebnik L.B.	24	Степанова Е.В.	Stepanova E.V.	13
Латышева О.В.	Latisheva O.V.	30	Сулейманов С.Ш.	Suleymanov S.Sh.	14, 35, 36, 37, 38,39
Леванов А.Н.	Levanov A.N.	26, 43	Сулима В.В.	Sulima V.V.	36
Левашова О.В.	Levashova O.V.	41	Сухоруков В.П.	Suhorukov V.P.	20
Лесничева М.В.	Lesnicheva M.V.	17, 46	Тарасенко И.В.	Tarasenko I.V.	25
Лисицина З.Н.	Lisitsina Z.N.	25	Тарасенко О.В.	Tarasenko O.V.	35, 37
Лопухова В.А.	Lopuhova V.A.	25	Толочко В.М.	Tolochko V.M.	28
Луговкина Т.К.	Lugovkina T.K.	26	Топалов К.П.	Topalov K.P.	39
Луцевич К.А.	Lutsevich K.A.	32	Торопов С.Э.	Toropov S.E.	13, 40
Луценко Е.В.	Lutsenko E.V.	30	Тукон А.Р.	Tukov A.R.	30
Лучинина Е.В.	Luchinina E.V.	26, 43	Тыргина Т.В.	Tyrgina T.V.	25
Мажитов Т.М.	Mazhitov T.M.	3	Тюрина И.В.	Tyurina I.V.	5, 7, 8, 9, 12
Мазина Н.К.	Mazina N.K.	20, 27	Федоров П.Н.	Fedorov P.N.	40
Малкин П.А.	Malkin P.A.	11	Федотчева Т.А.	Fedotcheva T.A.	6
Маль Г.С.	Mal G.S.	4, 22, 27, 28	Филиппенко Н.Г.	Filippenko N.G.	41
Матяшова Н.А.	Matyashova N.A.	46	Фильчагова А.Д.	Filchagova A.D.	41
Микшин А.Г.	Mikshin A.G.	44	Фоминных С.Г.	Fominih S.G.	42
Молодцова Л.Ю.	Molodtsova L.U.	21	Хохлов А.Л.	Hohlov A.L.	42
Молчанова О.В.	Molchanova O.V.	39	Чернякова И.В.	Chernyakova I.V.	15
Мосунова Е.П.	Mosunova E.P.	27	Чижова Г.В.	Chizhova G.V.	14
Муминова К.К.	Muminova K.K.	28	Чинуш И.В.	Chinush I.V.	13
Нгуен Т.	Nguen T.	45	Чугунная С.М.	Chugunnaya S. M.	42
Немченко А.С.	Nemchenko A.S.	23	Шарлай В.И.	Sharlay V.I.	10
Немченко О.А.	Nemchenko O.A.	28, 29	Шелехова Т.В.	Shelehova T.V.	43
Низяева Н.М.	Nizyaeva N.M.	42	Шиганов С.В.	Shiganov S.V.	43
Носков Д.С.	Noskov D.S.	30	Шимановский Н.Л.	Shimanovskiy N.L.	6, 7, 10, 11
Одинцова Е.В.	Odintsova E.V.	6	Шкитин В.А.	Shkitin V.A.	43
Панисьяк Н.А.	Panisyak N.A.	43	Шкробова Н.В.	Shkrobova N.V.	43
Панфилова А.Л.	Panfilova A.L.	23, 29	Шпигель А.С.	Shpigel A.S.	44
Парфенов А.И.	Parfenov A.I.	24	Шульман Е.И.	Shulman E.I.	44
Пилипущка Д.В.	Pilipushka D.V.	24	Шумилова И.Г.	Shumilova I.G.	21
Поветкин С.В.	Povetkin S.V.	41	Юрьева О.В.	Ureva O.V.	14
Подгайная М.В.	Podgaynaya M.V.	23	Ягудина Р.И.	Yagudina R.I.	4, 45
Позднякова О.Ю.	Pozdnyakova O.U.	30	Яковлева Л.В.	Yakovleva L.V.	45, 46