

[КОНЪЮНКТУРА И ИССЛЕДОВАНИЯ]

В РАЗДЕЛЕ

■ СОВРЕМЕННЫЕ АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПОЗВОЛЯЮТ КУПИРОВАТЬ ОСТРЫЙ АЛЛЕРГОЗ НА 49% ЧАЩЕ, ЧЕМ «ТРАДИЦИОННЫЕ» ЛЕКАРСТВА ■ ВЕДУТСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ 370 НОВЫХ МОЛЕКУЛ, ПОЛУЧЕННЫХ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИМ ПУТЕМ И ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЕ 200 СЕРЬЕЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ■ РОССИЙСКИЙ ФАРМРЫНОК ПРОДОЛЖАЕТ РАСТИ: В I КВАРТАЛЕ ЭТОГО ГОДА ОБЪЕМ АПТЕЧНЫХ ПРОДАЖ УВЕЛИЧИЛСЯ НА 30%, ГОСПИТАЛЬНЫХ — НА 20%

А.Л.ВЕРТКИН, проф., А.В.ДАДЫКИНА, д.м.н., к.м.н., К.К.ТУРЛУБЕКОВ, к.м.н., кафедра клинической фармакологии МГМСУ; Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи (ННПОСМП)

Острые аллергические заболевания:

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЭПИДЕМИИ

Всплеск заболеваемости аллергиями, достигший в конце XX в. масштаба эпидемии, сформировал серьезную социальную, экономическую и медицинскую проблему во всем мире. По статистике, аллергическими заболеваниями страдает каждый пятый житель нашей планеты: каждый шестой американец, каждый четвертый немец, от 5 до 30% россиян, 17% москвичей [1, 2]. По данным ННПОСМП за 2001 г., число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) по поводу острых аллергических заболеваний (ОАЗ) в целом по РФ возросло на 18%, в Москве — на 36%. При этом обращаемость по поводу ОАЗ в различных регионах РФ составляет от 1 до 5% от всех случаев выездов СМП.

К ОАЗ, требующим оказания неотложной медицинской помощи, относятся: анафилактический шок, бронхиальная астма, отек Квинке, крапивница и различные виды полинозов. В России эти больные, как правило, за медицинской помощью обращаются в поли-

клинику или вызывают бригаду СМП. Традиционно для купирования ОАЗ применяются антигистаминные (седативные) препараты 1-го поколения (Супрастин, Тавегил, Диазолин, Димедрол, Пипольфен), а также устаревшие, малоэффективные и непоказанные лекарственные средства (хлористый кальций, глюконат кальция), нередко случаи комбинации указанных препаратов. Это приводит к неизбежному росту числа побочных эффектов, снижению эффективности лечения (у 27,5% больных лечение по СМП — без эффекта), увеличивается количество повторных обращений за медицинской помощью (5%

больных вызывают СМП повторно), удлиняются сроки лечения (купирование по СМП отмечается в только 10% случаев), возрастает частота случаев госпитализации (20% больных легкими ОАЗ госпитализируются из-за неэффективности лечения), повышается стои-



мость лечения [3, 4, 5]. Кроме того, при оказании помощи больным с ОАЗ в стационаре в рекомендациях, в выписных эпикризах указываются все те же лекарственные средства. Возникающий порочный круг способствует рецидивированию и хронизации заболеваний, снижению качества жизни пациентов, как в психологическом, так и в социальном аспектах [6, 7]. Известно, например, что если крапивница или отек Квинке рецидивируют в течение 6 месяцев, то вероятность их появления в последующие 10 лет имеется у 40% больных [8].

Необходимым элементом улучшения качества лечения ОАЗ является стандартизация подходов с использованием современных схем, включающих антигистаминные препараты «новых» поколений, обладающих большей эффективностью и безопасностью. В то же время работа СМП до настоящего времени регламентируется Приказом №100 от 26.03.99 г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ». В разделе Приказа 2.8. «Антигистаминные средства» приведены следующие лекарственные средства: дифенгидрамин (Димедрол 1% — 1 мл 3 амп.), кальций хлористый (10% — 10 мл 2 амп.), клемастин (Тавегил 2 мл 2 амп.), прометазин (Дипразин, Пипольфен 2,5% — 2 мл 2 амп.), хлоропирамин (Супрастин 2% — 1 мл 2 амп.). Кроме того, «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств РФ» (2002) содержал хифенадин (Фенкарол) и хлоропирамин (Супрастин), относящиеся к седативным антигистаминным препаратам, в 2003 г. к ним добавлен еще



Профессор А.Л. Вёрткин.

один аналогичный препарат — мебгидролин (Диазолин). Правда, справедливости ради, следует указать, что в последний ПЖНВЛС включен «новый» неседативный антигистаминный препарат лоратадин (Кларитин). В итоге повторно применяются те же препараты, но насколько же целесообразно регламентировать лечение ОАЗ таким ассортиментом лекарств, представляющих один и тот же класс антигистаминных препаратов «старого» поколения? Ведь комбинация этих лекарственных средств не приводит к повышению эффективности, сохраняется высокая частота случаев госпитализации, но при этом усложняются манипуляции, увеличивается время оказания неотложной медицинской помощи и повышается стоимость лечения. В 2000 г. в Москве под эгидой Департа-

мента здравоохранения вышли в свет методические рекомендации, подготовленные коллективом авторов (Научный центр здоровья детей РАМН, ММА им. И.М.Сеченова, МГМСУ, ННПОСМП) по оказанию догоспитальной помощи при ОАЗ, предназначенные для врачей СМП, терапевтов, педиатров и аллергологов [9]. Данные рекомендации адаптируют накопленный международный опыт лечения ОАЗ, основанный на доказательной медицине, к российским условиям оказания неотложной медицинской помощи (рис. 1).

В частности (табл. 1) для удобства диагностики, оценки прогноза и риска развития жизнеугрожающих состояний, выбора способа лечения предлагается все ОАЗ разделить на легкие (аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, локализованная крапивница) и тяжелые (генерализованная крапивница, отек Квинке, острый стеноз гортани, среднетяжелое обострение (приступ) бронхиальной астмы, анафилактический шок).

В случае легких ОАЗ рекомендуется монотерапия «новыми» антигистаминными препаратами (цетиризин 10 мг; фексофенадин 120 мг; акривастин 8 мг; лоратадин 10 мг), отличающимися от предыдущих, «старых» препаратов улучшенной фармакокинетикой (пероральный прием, быстрое начало действия, длительный терапевтический эффект, хорошая переносимость). При диагностике тяжелого ОАЗ необходимо внутривенное струйное введение глюкокортикостероидов (взрослым — 60—150 мг преднизолона, детям — из расчета 2 мг на 1 кг массы тела), которое при рецидивирующем течении крапивницы или отека Квинке следует комбинировать с антигистаминными препаратами. При анафилактическом шоке вводится 0,1—0,5 мл 0,1%-ного раствора адреналина внутримышечно, проводятся противошоковые мероприятия (табл. 2).

При развитии бронхообструкции (табл. 3) необходимы селективные β_2 -агонисты короткого действия (в т. ч. в комбинации с



ТАБЛИЦА 1 Группы препаратов, применяемых для лечения острых аллергических заболеваний на догоспитальном этапе

Острые аллергические заболевания	Лекарственные средства			
	Антигистаминные препараты	Адреналин	ГКС	β_2 -агонисты
Аллергический ринит, аллергический конъюнктивит	+	—	топические	при наличии сопутствующего бронхоспазма
Локализованная крапивница	+	—	±	то же
Генерализованная крапивница, отек Квинке	+	—	+	то же
Обострение бронхиальной астмы	—	—	+	+
Анафилактический шок	—	+	+	при наличии сопутствующего бронхоспазма

кроме того...

КАКИМИ ЛЕКАРСТВАМИ МЫ БУДЕМ ЛЕЧИТЬСЯ?

Основные позиции Национальной лекарственной доктрины и механизмы их достижения стали предметом обсуждения на «круглом столе» «Национальная лекарственная доктрина России как необходимый элемент реформы здравоохранения», который состоялся в начале июля в здании Торгово-промышленной палаты РФ. «Круглый стол» собрал видных представителей законодательной и исполнительной власти России, общественных и деловых структур, которые обменялись мнениями и высказали свои пожелания и предложения по поводу реализации национальной политики в области реформы здравоохранения и разработки Национальной лекарственной доктрины. Качество лекарств, которыми мы будем лечиться; возможности отечественной науки и промышленности создавать новые, способные конкурировать с зарубежными аналогами ЛС; заинтересованность фундаментальной науки в самом существовании отрасли — эти и многие другие вопросы обсуждались участниками «круглого стола».

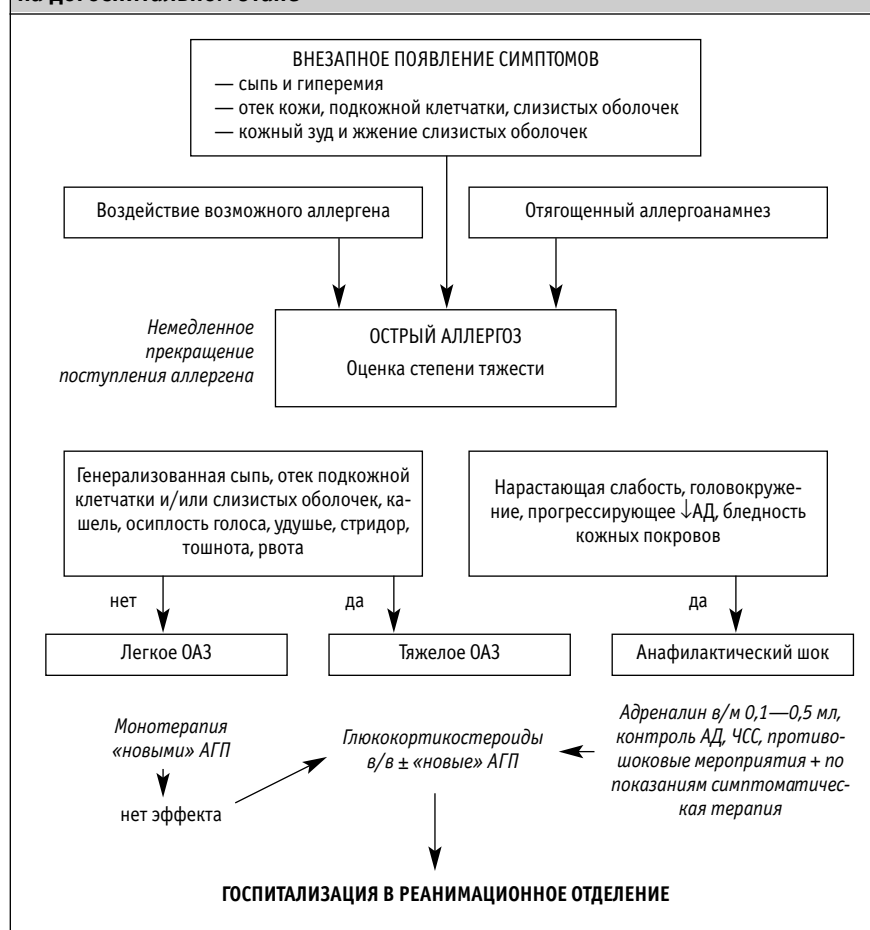
Соб. инф.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВМЕСТНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

В рамках «дней экономики Баварии в Москве» в июле в гостинице «Балчуг-Кемпински» состоялся «круглый стол» на тему «Медицинская техника и технологии. Методы лечения». Стороны провели презентации представляемых клиник, институтов, предприятий и фирм, обменялись информацией, касающейся своей научно-технической деятельности, реализации новых перспективных проектов в области медицины, предложили возможные формы сотрудничества. Присутствующие на встрече представители правительственных структур, органов здравоохранения, отечественных и западных деловых кругов поделились российским и германским опытом организации помощи больным в сфере нефрологии и онкологии. Собранным были представлены передовые научно-технические разработки в области биохимии, которые применяются в травматологии, акушерстве, хирургии, терапии и т.д.

Соб. инф.

РИСУНОК 1 Алгоритм лечения аллергических заболеваний на догоспитальном этапе



холинолитиками), а также глюкокортикостероиды (рекомендуется ингаляционное введение через небулайзер) [10]. Согласно этим рекомендациям, ННПОСМП в 2002–2003 гг. провело первое многоцентровое рандомизированное простое слепое клиническое исследование эффективности лечения ОАЭ на догоспитальном этапе в 12 городах России (Владикавказ, Ессентуки, Кимры, Кисловодск, Курск, Нефтеюганск, Норильск, Одинцово, Пермь, Пятигорск, Северодвинск, Тверь) и в 2 — Казахстана (Кокшетау, Атирау). Лечение и разделение пациентов на группы проводилось в случайном порядке. Название используемого антигистаминного препарата больному не сообщалось. Стандартизованные карты обследования больного с аллергической реакцией, унифицированный протокол ведения и лечения и исследуемые фармакологические препараты были разосланы по центрам-станциям СМП. При вызове к больному с симптомами ОАЭ врач СМП указывал диагноз, сопутствующие заболевания, аллерген, анамнез, лечение до приезда СМП, выраженность клинических

симптомов и их динамику в течение 40 мин. Критерием эффективности служило купирование или уменьшение выраженности симптомов ОАЭ. Отмечались повторные вызовы к данному больному и дальнейшая тактика ведения больного (госпитализация). В исследование включено 268 пациентов с ОАЭ в возрасте 12 лет и старше (от 12 до 79 лет), которые по применяемому H₁-гистаминоблокатору были разделены на 4 группы. В 1-й группе (n=86) использовался цетиризин (Аллертек) 10 мг; во 2-й группе (n=43) — фексофенадин (Телфаст) 120 мг; в 3-й группе (n=90) — акривастин (Семпрекс) 8 мг; в 4-й группе (n=49) — лоратадин (Кларифер) 10 мг. В лечении тяжелых ОАЭ терапевтический эффект обусловлен глюкокортикостероидами, а антигистаминные препараты используются как дополнение. Поэтому сравнение эффективности новых рекомендаций и традиционного лечения проводилось в группе больных с легкими ОАЭ. Общее число исследуемых пациентов составило 169 человек. Контролем служила группа численностью в 189 боль-

ТАБЛИЦА 2 Способ применения и дозировка противоаллергических средств

Противоаллергические средства	Доза	
	дети	взрослые
Адреналин, 0,1% раствор, ампулы по 1 мл	0,1–0,5 мл 0,1% раствора (или из расчета 0,01 мг/кг массы тела). При неэффективности повторить через 20 мин.	0,3–0,5 мл 0,1% раствора в/м. При неэффективности повторить через 20 мин.
Преднизолон, 30 мг, ампулы по 1 мл	В/в, 1–2 мг/кг каждые 4–6 ч	В/в, струйно, 60–150 мг
Пульмикорт	500–1000 мкг (1/2 небулы) через небулайзер в течение 5–10 мин.	1000–1200 мкг (1/2 небулы) через небулайзер в течение 5–10 мин. 1–2 мл в/м
Дипроспан	1 мл в/м	1 мл в/м
Димедрол, 1% р-р, ампулы по 1 мл	0,1 мл/год жизни, не более 1 мл	1,0 мл 1% раствора в/м
Супрастин, 2% р-р, ампулы по 2 мл	0,1 мл/год жизни, не более 1 мл	1,0 мл 1% раствора в/м
Аллертек (цетиризин), таблетки по 10 мг	Детям 6–12 лет и старше – 10 мг.; детям 2–6 лет – 5 мг (1/2 табл.)	1 таблетка, 10 мг
Телфаст (фексофенадин), таблетки по 120 и 180 мг	Детям старше 12 лет – 120 мг (1 табл.)	1 таблетка, 120, 180 мг
Семпрекс (акривастин), капсулы по 8 мг	Детям старше 12 лет – 8 мг (1 капсу.)	1 капсула, 8 мг
Кларифер (лоратадин), таблетки по 10 мг	Детям старше 12 лет – 10 мг (1 табл.); детям 2–12 лет по массе тела: менее 30 кг – 5 мг (1/2 табл.), более 30 кг – 10 мг (1 табл.)	1 таблетка, 10 мг
Беродуал, раствор для небулайзера (20 мл)	Детям старше 6 лет – 20 капель через небулайзер; детям до 6 лет – 10 капель через небулайзер. При неэффективности повторить через 20 мин. – всего 3 раза	20 капель через небулайзер. При неэффективности повторить через 20 мин. – всего 3 раза
Вентолин, небулы по 2 мл (2,5 мг)	Детям старше 6 лет – 1 небула (2,5 мг) через небулайзер. Детям до 6 лет – 1/2 небулы (1,25 мг) через небулайзер. При неэффективности повторить через 20 мин. (всего 3 раза)	1 небула (2,5 мг) через небулайзер. При неэффективности повторить через 20 мин. (всего 3 раза)

ных, получивших традиционную терапию (Супрастин 2% — 1 мл, 2 ампулы, внутримышечно) по СМП на 13-ти подстанциях 4-х административных округов Москвы в 2000 г. Контрольная и исследуемая группы были сопоставимы по полу, возрасту, диагнозам. В нашем исследовании выявлена высокая эффективность цетиризина (Аллертека), фексофенадина (Телфаста), акривастина (Семпрекса) и лоратадина (Кларифера) без статистически значимых различий препаратов (рис. 2), что позволило объединить их в единый блок лечения «по-новому». При использовании «новых» антигистаминных препаратов отмечен высокий процент купирования (59,1%) и улучшения (37,9%) течения легких ОАЗ. Высокий терапевтический эффект позволил минимизировать число повторных вызовов (1,2%) и случаев госпитализации (1,2%), при пероральном приеме и хорошей переносимости (всего 1,5% побочных действий в виде сонливости и головной боли). При сравнении результатов лечения «новыми» антигистаминными препаратами с

«традиционными» выявлена статистически значимая разница в их клинической и экономической эффективности, количестве случаев госпитализации (табл. 4, 5). Экономическая эффективность рассчитывалась по оптовым ценам от апреля 2004 г, информация предоставлена информационным агентством «Мобиле». Вышеизложенное свидетельствует, что «новые» антигистаминные препараты при лечении легких ОАЗ клинически более эффективны, чем «традиционные», и позволяют увеличить количество купирования острого аллергоза на 49%, уменьшить частоту госпитализации на 19%, снизить стоимость лечения при применении Аллертека на 9 руб., Телфаста — на 4,5 руб., Семпрекса — на 8,6 руб., Кларифера — на 13,6 руб. В продолжение данного исследования ретроспективно была оценена эффективность преемственного лечения больных ОАЗ на догоспитальном этапе и в двух многопрофильных больницах скорой медицинской помощи с использованием метода случай-контроль. Из всех госпитализированных

больных с основным диагнозом ОАЗ в 2001 (n=57), 2002 (n=116) и 2003 (n=107) гг, согласно критериям включения и исключения, отобрали 201 пациента в возрасте от 15 до 82 лет. Анализ полученных результатов проводился в два этапа. На I этапе оценивались различные варианты противоаллергической терапии. Исследовались 110 пациентов, которые не получали других лекарств по поводу сопутствующих заболеваний (гипотензивные, гипогликемические и др.). По проводимой терапии пациенты разделились на 4 группы: 1-я группа — только глюкокортикостероиды (преднизолон) в дозе 135 ± 75 мг (M±s), 2-я группа — «новые» антигистаминные препараты (цетиризин, фексофенадин, акривастин или лоратадин) и глюкокортикостероиды в дозе 130 ± 60 мг; 3-я группа — «традиционные» антигистаминные препараты (хлоропирамин, мебгидролин, клемастин, дифенгидрамин) и глюкокортикостероиды в дозе 105 ± 60 мг; 4-я группа — глюконат кальция, хлористый кальций и глюкокортикостероиды в дозе 75 ± 45 мг.

ТАБЛИЦА 3 Лечение бронхиальной астмы и бронхообструкции на догоспитальном этапе

Диагноз	Медикаментозная терапия		Результат
	у взрослых	у детей	
БА, легкий приступ	Вентолин 2,5 мг (1 небула), или Сальгим 2,5 мг (1/2 флакона) через небулайзер в течение 5–10 мин., или Беродуал 1–2 мл (20–40 капель) через небулайзер в течение 5–10 мин. Оценить терапию через 20 мин. При неудовлетворительном эффекте повторить аналогичную ингаляцию бронхолитика	Вентолин 1,25–2,5 мг (1/2–1 небула) через небулайзер в течение 5–10 мин., или Сальгим 1,25–2,5 мг (1/4–1/2 флакона), или Беродуал 0,5 мл – 10 кап. (детям до 6 лет) и 1 мл – 20 капель (детям старше 6 лет) через небулайзер в течение 5–10 мин. Оценить терапию через 20 минут. При неудовлетворительном эффекте повторить аналогичную ингаляцию бронхолитика	Купирование приступа
БА, средне-тяжелое обострение	Вентолин 2,5–5,0 мг (1–2 небулы), или Сальгим 2,5–5,0 мг (1/2–1 флакона) через небулайзер в течение 5–10 мин., или Беродуал 1–3 мл (20–60 капель) через небулайзер в течение 5–10 мин. и преднизолон перорально 20–30 мг, в/в 60–90 мг, или метилпреднизолон в/в 40–80 мг, или Пульмикорт через небулайзер 1000–2000 мкг (1–2 небулы) в течение 5–10 мин. Оценить терапию через 20 мин. При неудовлетворительном эффекте повторить аналогичную ингаляцию бронхолитика	Вентолин 2,5 мг (1 небула) через небулайзер в течение 5–10 мин., или Сальгим (1/2 флакона), или Беродуал 0,5 мл (10 капель) – у детей до 6 лет и 1 мл (20 капель) – у детей старше 6 лет через небулайзер в течение 5–10 мин. и преднизолон – перорально 20–30 мг, в/в 1 мг/кг, или Пульмикорт 250–500 мкг (1/2–1 небула) через небулайзер в течение 5–10 мин. Оценить терапию через 20 мин. При неудовлетворительном эффекте повторить аналогичную ингаляцию бронхолитика	Купирование приступа. Госпитализация в стационар
БА, тяжелое обострение	Вентолин, Сальгим или Беродуал в тех же дозах и преднизолон в/в 90–150 мг (или перорально 30–60 мг), или метилпреднизолон в/в 80–120 мг и Пульмикорт через небулайзер 1000–2000 мкг (1–2 небулы) в течение 5–10 мин.	Вентолин, Сальгим или Беродуал в тех же дозах и преднизолон для детей – в/в 60–120 мг или перорально 1–2 мг/кг или/и Пульмикорт через небулайзер 250–500–1000 мкг в течение 5–10 мин.	Госпитализация в стационар
БА, астматический статус	Вентолин, Сальгим или Беродуал в тех же дозах и преднизолон в/в 90–150 мг, или метилпреднизолон в/в 80–120 мг и Пульмикорт через небулайзер 1000–2000 мкг (1–2 небулы) в течение 5–10 мин. При неэффективности — интубация трахеи, ИВЛ	Вентолин, Сальгим или Беродуал в тех же дозах и преднизолон для детей – не менее 60–120 мг в/в или 1–2 мг/кг перорально, или Пульмикорт через небулайзер в течение 5–10 мин. При неэффективности — интубация трахеи, ИВЛ	Госпитализация в БИТ

* При неэффективности терапии тяжелой степени обострения и угрозе остановки дыхания возможно введение 0,1% р-ра адреналина: взрослым – 0,5 мл (подкожно), детям – 0,01 мл/кг, но не более 0,3 мл.

** При отсутствии небулайзеров или при настойчивой просьбе больного возможно введение 2,4% р-ра эуфиллина 10, 0–20,0 мл внутривенно в течение 10 минут.

***Признаки, угрожающие жизни: цианоз, «немое» легкое, ослабление дыхания, общая слабость, у старших детей – ПСВ менее 33%. В этом случае: немедленная госпитализация; преднизолон; оксигенотерапия.

Как представлено на *рисунке 3*, добавление к лечению Супрастина, Диазолина, Тавегила, Димедрола и снижение дозы глюкокортикостероидов (на 30 мг преднизолона) увеличивают сроки купирования ОАЗ в среднем на 1,6 дня, или в 1,5 раза, а добавление глюконата кальция, хлористого кальция, Пипольфена и снижение дозы глюкокортикостероидов (на 60 мг преднизолона) — на 4,5 дня, или в 2,6 раза (указанные различия статистически значимы).

Приведенные данные позволяют полагать, что попытка добавления «традиционных» антигистаминных препаратов, глюконата кальция, хлористого кальция с целью уменьшения дозы глюкокортикостероидов

увеличивает продолжительность купирования тяжелых ОАЗ.

На II этапе оценивалась эффективность преемственного ведения больных тяжелыми ОАЗ. В зависимости от проведенного лечения на догоспитальном и госпитальном этапах пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа включала 47 больных, получивших рекомендуемую терапию в стационаре и на догоспитальном этапе, 2-я группа — 47 больных, получивших традиционное лечение в стационаре и на догоспитальном этапе, 3-я группа — 107 больных, получивших рекомендуемую терапию в стационаре и традиционное лечение на догоспитальном этапе. Рекомендуемая терапия включала применение глюко-

кортикостероидов в качестве монотерапии или в комбинации с антигистаминными препаратами, адреналин при анафилактическом шоке и строго показанную симптоматическую терапию. Традиционное лечение — применение устаревших, нецелесообразных лекарств (Пипольфен, глюконат кальция, хлористый кальций, Дибазол). Пациенты по полу, возрасту, диагнозу и аллергологическому анамнезу в исследуемых группах были сопоставимы. В 1-й группе больных среднее время купирования ОАЗ составило $1,8 \pm 1,1$ дня, во 2-й группе — $6,9 \pm 4,4$ дня, в 3-й группе — $3,3 \pm 2,3$ дня ($M \pm s$, где M — среднее арифметическое, s — стандартное отклонение). При сравнении продолжительности купи-

РИСУНОК 2 Выраженность клинических симптомов легких острых аллергических заболеваний через 40 минут после начала лечения (% по группам)

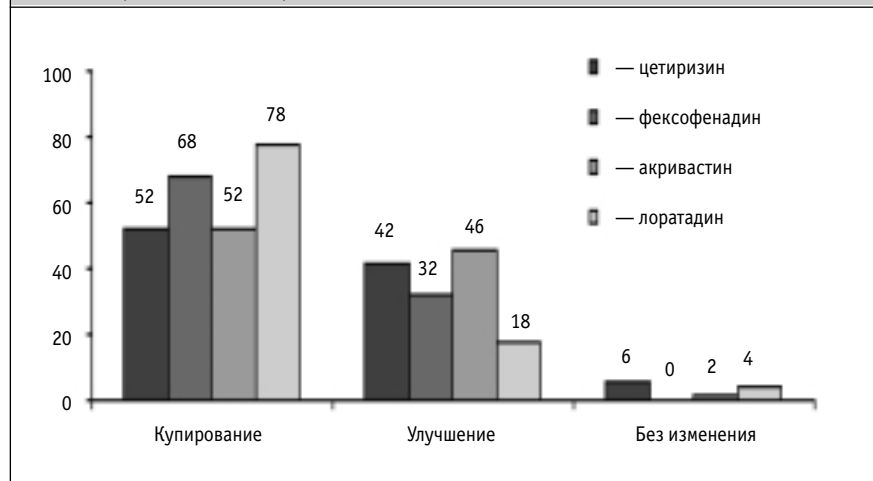


РИСУНОК 3 Длительность купирования острого аллергического заболевания в зависимости от лекарственных средств, применяемых в стационаре

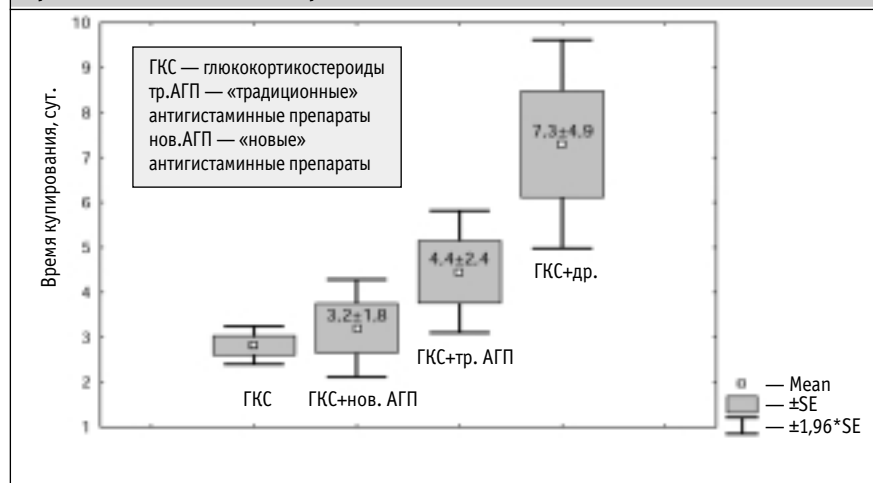
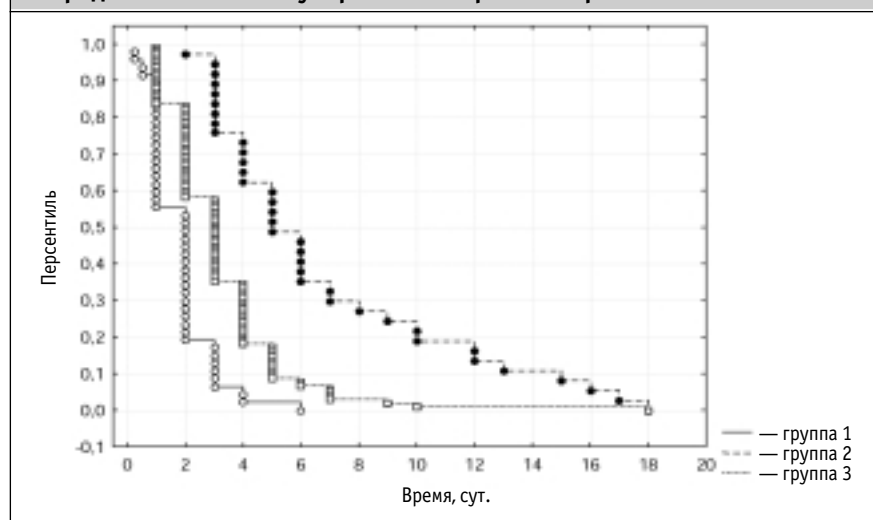


РИСУНОК 4 Распределение пациентов исследуемых групп по продолжительности купирования острого аллергического заболевания



кроме того...

«СИА ИНТЕРНЕЙШНЛ» ОТКРЫЛА ДОЧЕРНЕЕ ПРЕДПРИЯТИЕ

В Твери открылось новое дочернее предприятие национальной фармдистрибьюторской компании «СИА Интернейшнл» — «СИА-Тверь». Одновременно с этим в Твери было закрыто региональное представительство компании «СИА-Ярославль», работавшее в регионе три года. Дочерние компании «СИА Интернейшнл» присутствуют в 37 регионах. Это юридически независимые субъекты фармацевтического рынка, имеющие собственную юридическую и финансовую службу. Каждая из этих компаний имеет свои представительства в регионах, которые реализуют лекарственные средства за счет близлежащих дочерних предприятий.

pressto.ru

КАЗАХСТАН БУДЕТ СТРОИТЬ ЗАВОД ПО ПРОИЗВОДСТВУ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Президент Казахстана Нурсултан Назарбаев заявил, что следует расширить производство оборудования в институте фитохимии для увеличения производства фармацевтических препаратов растительного происхождения. Директор института, Сергази Адегенов, сообщил SCIP, что будет построен новый центр стоимостью 9,3 млн. евро, в котором будут расположены производственное оборудование, созданные по стандартам GMP, исследовательские лаборатории и лаборатории контроля качества. Ожидается, что первая производственная линия, Arglablin, для лечения рака запатентованным институтом методом, начнет работать в этом году. Продукт, запатентованный в 11 странах, зарегистрирован в Казахстане как монотерапевтический препарат и как препарат для комбинированной терапии рака печени, груди и легких. Он также проходит процедуру регистрации в России и клинические испытания в Германии. Институт фитохимии был основан в 1995 г. и сейчас располагает лабораториями, пилотным производственным оборудованием для фармацевтических препаратов растительного происхождения, которые были разработаны в институте, ботаническим садом с теплицами для трав и фармацевтической сетью.

По SCIP — World Pharmaceutical News

кроме того...

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СПИДУ

В Таиланде в июле прошла международная конференция по СПИДу, где был озвучен «Доклад о глобальной эпидемии СПИДа», подготовленный ЮНЭЙДС (Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу). Несмотря на увеличение средств и прогресс в расширении доступа к лечению ВИЧ-инфекции, эпидемия СПИДа продолжает наступать. За последние 2 года, со дня проведения последней конференции по СПИДу в Барселоне, ВИЧ заразились более 9 млн. человек и 6 млн. умерли от СПИДа. Всего же в мире инфицированы 38 млн. человек, что говорит о важности проблемы с точки зрения глобального экономического развития и национальной безопасности. Презентация доклада была организована международным пресс-клубом, в ней принимали участие: руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Г.Г.Онищенко, заместитель директора Департамента региональной и страновой поддержки ЮНЭЙДС Луис Лурес, представитель ЮНЭЙДС в России Бертил Линблад, руководитель общественной организации «Сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» М.В.Рукавишников.

Соб. инф.

КОНФЕРЕНЦИЯ «СОЮЗФАРМЫ»

Инновационным проектам в области региональной политики была посвящена конференция «Региональное развитие: Московская область», организованная Ассоциацией аптекных учреждений «СоюзФарма» совместно с компанией «Протек». Конференция собрала директоров подмосковных аптек, перед которыми выступили руководители компании «СоюзФарма», представители компаний «Авентис Фарма», «Берлин-Хеми», RMBC. Об основных направлениях работы Ассоциации и проектах, разработанных для регионов, рассказал зам. исполнительного директора Олег Гончаров. Юридическим аспектам способов приватизации аптек был посвящен доклад начальника юридического отдела «Протека» Андрея Егорова. В настоящее время ее представительства работают в 9 регионах и объединяют около 600 аптек. Задача Ассоциации — стать общероссийской.

Соб. инф.

ТАБЛИЦА 4 Клиническая эффективность лечения «новыми» и «традиционными» антигистаминными препаратами больных легкими острыми аллергическими заболеваниями

Результат лечения	Традиционное (n=189)	Новое (n=169)	Статистическая значимость различий
Купирование	19 (10,1%)	100 (59,1%)	p<0,01
Улучшение	118 (62,4%)	64 (37,9%)	p<0,01
Без динамики	52 (27,5%)	5 (3,0%)	p<0,01
Госпитализация	38 (20,1%)	2 (1,2%)	p<0,01
Повторный вызов	9 (4,8%)	2 (1,2%)	p=0,0659

ТАБЛИЦА 5 Экономическая эффективность лечения «новыми» и «традиционными» антигистаминными препаратами больных легкими острыми аллергическими заболеваниями

	Аллертек	Телфаст	Семпрекс	Кларифер	Супрастин
Упаковка	Табл. №7	Табл. №10	Табл. №12	Табл. №10	Амп. №5
Цена упаковки (руб.)	63	135	113	44	40
Средняя доза	1 табл.	1 табл.	1 табл.	1 табл.	2 амп.
Средняя стоимость лечения 1 больного (руб.)	9	13,5	9,4	4,4	16 + перчатки резиновые — 1,3 + шприц — 0,7. Всего: 18
Коэффициент клинической эффективности*	0,94	1,00	0,98	0,96	0,72

* Коэффициент клинической эффективности = число больных с положительным результатом лечения / общее число пролеченных больных.

рования тяжелого ОАЗ и сроков госпитализации была получена статистически значимая разница (рис. 4).

На основании этого можно сделать заключение, что проведение преемственной терапии больным тяжелыми острыми аллергозами на догоспитальном и госпитальном этапах уменьшает продолжительность купирования заболевания в 3,8 раза по сравнению с традиционным ведением. Отсутствие преемственности и проведение традиционной терапии на догоспитальном этапе увеличивает продолжительность купирования в 1,8 раза. При наблюдении в течение 6 месяцев 22-х больных, перенесших ОАЗ, было отмечено 2 случая (20%) повторной аллергической реакции среди 10-ти пациентов, получивших лечение согласно рекомендациям, и 7 случаев (58%) среди 12-ти пациентов, получивших традиционное лечение. Выявленные различия важны клинически, однако статистически значимой разницы не получено (p=0,06), что связано с малым объемом выборок.

ВЫВОДЫ

1. При лечении легких острых аллергических заболеваний «новые» антигиста-

минные препараты клинически и экономически более эффективны, чем «традиционные».

2. Добавление «традиционных» антигистаминных препаратов, глюконата кальция, хлористого кальция и уменьшение при этом дозы глюкокортикостероидов увеличивает продолжительность купирования тяжелых ОАЗ.

3. Преемственная терапия больных тяжелыми острыми аллергическими заболеваниями на догоспитальном и госпитальном этапах в 3,8 раза эффективнее традиционного ведения.

4. Выявлена тенденция к уменьшению повторных аллергических реакций у пациентов, получивших рекомендуемую преемственную терапию на догоспитальном и госпитальном этапах.

Таким образом, внедрение в практику современных стандартов неотложной медицинской помощи пациентам с острыми аллергическими заболеваниями поможет повысить качество лечения и улучшить медицинские и экономические показатели здравоохранения в этой области.

