

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

СИДУЛЛИН  
АНТОН ЮРЬЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ИНФУЗИОННО-ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИИ  
НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ  
(НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)**

14.04.03 – Организация фармацевтического дела

**ДИССЕРТАЦИЯ**  
на соискание ученой степени  
кандидата фармацевтических наук

Научный руководитель:  
доктор фармацевтических наук,  
профессор Егорова Светлана Николаевна

Казань - 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОБЗОР ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В НАРКОЛОГИИ	12
1.1 Эпидемиология и медикосоциальное значение наркологических заболеваний	12
1.2 Современные подходы к детоксикационной терапии наркологических заболеваний	17
1.3 Обзор фармакоэкономических исследований в наркологии	26
Заключение по главе 1	31
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ПРОВЕДЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА ЭТАПОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ИНФУЗИОННО-ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ	32
2.1 Разработка программы исследования	32
2.2 Анализ данных по эпидемиологии наркологических заболеваний в России и Республике Татарстан	35
2.3 Маркетинговый анализ ассортимента лекарственных препаратов детоксикационной терапии наркологических больных	37
2.4 Изучение современного состояния лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в стационарах Республики Татарстан	40
2.5 Разработка предложений по оптимизации лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии на региональном уровне (на примере Республики Татарстан)	44
ГЛАВА 3. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РОССИИ И РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	49
3.1 Анализ общей заболеваемости наркологическими расстройствами в России	49
3.2 Анализ общей заболеваемости наркологическими расстройствами в Республике Татарстан	52
3.3 Сравнительный анализ заболеваемости наркологическими расстройствами	56
3.4 Профиль пациента отделения реанимации наркологического стационара Республики Татарстан	59
Заключение по главе 3	62
ГЛАВА 4. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИИ	63
4.1 Анализ ассортимента лекарственных препаратов детоксикационной терапии, зарегистрированных в России	63
4.2 Изучение лекарственных препаратов детоксикационной терапии, представленных на региональном фармацевтическом рынке	70

4.3 Сравнительный анализ ассортиментных контуров лекарственных препаратов детоксикационной терапии России и Республики Татарстан	74
4.4 Исследование ассортимента лекарственных препаратов детоксикационной терапии в наркологическом стационаре Республики Татарстан	77
Заключение по главе 4	85
<b>ГЛАВА 5. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН</b>	87
5.1 Порядок оказания медицинской помощи по профилю «наркология»	87
5.2 Лекарственные препараты детоксикационной терапии в стандартах специализированной медицинской помощи при состояниях, вызванных употреблением психоактивных веществ	90
5.3 Порядок формирования ассортиментного списка отделения реанимации наркологического стационара	91
5.4 Оценка потребительских свойств лекарственных препаратов детоксикационной терапии в отделении реанимации врачами наркологами	92
5.5 Стандартизация лекарственных назначений – выявление схем фармакотерапии в отделении реанимации	99
Заключение по главе 5	102
<b>ГЛАВА 6. РАЗРАБОТКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНФУЗИОННО-ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН</b>	104
6.1 Фармакоэкономический анализ терапевтических технологий отравлений психоактивными веществами	104
6.1.1 Анализ эффективности и затрат	105
6.1.2 Анализ «затраты-эффективность» и «минимизации затрат»	109
6.2 Разработка системы помощи для принятия фармацевтических решений при реализации мероприятий по оптимизации лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии	112
6.2.1 Анализ «влияния на бюджет»	113
6.2.2 Анализ «упущенных возможностей»	119
6.2.3 Анализ чувствительности	123
6.3 Экспертная оценка схем инфузионно-детоксикационной терапии врачами отделения реанимации наркологического стационара	124
Заключение по главе 6	128
<b>Заключение. Общие выводы.</b>	130
<b>Список сокращений</b>	133
<b>Список использованной литературы</b>	134
<b>Приложение А</b>	164
<b>Приложение Б</b>	172
<b>Приложение В</b>	197

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы.** Наркологические заболевания обусловлены психологической зависимостью организма от негативно действующих на него психоактивных веществ (ПАВ) [25, 44, 56, 57].

В Республике Татарстан (РТ), как и в целом по стране, ПАВ становятся более доступными населению, все чаще вовлекаются в число потребителей женщины и подростки [23, 101, 115, 149]. Разнообразие и постоянное обновление ПАВ способствуют увеличению количества и изменению характера отравлений, следовательно, возникает необходимость оптимизации традиционно применяемых схем инфузионно-детоксикационной терапии (ИДТ) в наркологии [32, 33, 121]. Врачебная практика подтверждает, что 1/5 от всех экстренно поступающих в стационар больных – это пациенты с диагнозом «острое отравление», чаще всего отравление ПАВ и их токсичными метаболитами [132]. Поскольку основная наркологическая помощь оказывается из федерального и регионального бюджетов, вопросы рационального финансирования лекарственного обеспечения (ЛО) наркологических стационаров приобретают все большее значение [16, 53, 55]. В действующих стандартах медицинской помощи в наркологии указаны фармакотерапевтические группы ЛП, содержащие несколько наименований лекарственных препаратов детоксикационной терапии (ЛПДТ), вследствие чего существует множество отличающихся по эффективности и экономическим затратам схем ИДТ. Предполагается поиск более эффективных схем ИДТ и увеличение интенсивности работы койки отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [45, 46, 51, 227]. В то же время внедрение новых схем терапии часто приводит к дополнительным расходам средств. Фармакоэкономический анализ (ФЭА) схем ИДТ позволит на научной основе отобрать более рациональные с экономической точки зрения медицинские технологии и на их основе формировать оптимальные ассортиментные списки ЛП для ОРИТ наркологического стационара.

**Степень разработанности темы исследования.** Вопросам изучения затрат на последствия алкоголизма для страны в целом и ФЭА применения ряда ЛП в

терапии алкоголизма посвящены исследования ученых Р.И. Ягудиной, А.Ю. Куликова [163, 176, 177]. Н.Г. Акуловой (2005 г.) на примере Тюменской области были проведены исследования ЛО пациентов с алкогольной интоксикацией, однако вопросы ЛО при отравлении другими ПАВ не рассматривались [21]. Н.Г. Яковлевой (2007 г.) был изучен ассортимент ЛП наркологического стационара г. Ставрополя, однако не рассматривалась его соответствие современным стандартам специализированной медицинской помощи в наркологии [180]. С.А. Царевым (2013 г.) была проведена фармакоэкономическая оценка эффективности наркологической помощи потребителям наркотиков (на примере Самарской области) [168, 169, 170]. М.В. Королевой (2015 г.) был проведен ФЭА эффективности применения ряда ЛП у больных алкоголизмом с токсическим поражением печени [84].

Согласно литературным данным, ранее не рассматривались аспекты и влияние эффективной лекарственной терапии на интенсивность использования койки ОРИТ наркологического стационара. Вопросы лекарственного обеспечения ИДТ в наркологии на основе анализа современных стандартов специализированной медицинской помощи при отравлении всеми видами ПАВ, оценки состояния сегмента ЛПДТ фармацевтического рынка и с применением ФЭА инфузионно-детоксикационной терапии ранее не изучались [28]. В данной диссертационной работе это предопределило выбор темы, формулировку цели и задач для ее достижения.

**Цель исследования.** Разработать методический подход к оптимизации лекарственного обеспечения ИДТ в наркологии на региональном уровне на примере Республики Татарстан.

В процессе достижения цели были сформулированы следующие **задачи**:

1. Систематизировать данные научной литературы по организации лекарственной помощи при ИДТ в наркологии и статистические данные по эпидемиологии наркологических заболеваний. Сформировать профиль пациента ОРИТ наркологического стационара РТ.

2. Провести сравнительный анализ ассортимента ЛПДТ в наркологии, зарегистрированных в Государственном Реестре лекарственных средств РФ, на региональном фармацевтическом рынке и в наркологических стационарах РТ.

3. Изучить современное состояние лекарственного обеспечения ОРИТ наркологического стационара РТ. Выявить схемы ИДТ, назначаемые в ОРИТ, как фактор, влияющий на формирование ассортиментного списка ЛПДТ.

4. Установить структуру затрат на ИДТ в отделении реанимации наркологического стационара РТ. Обосновать критерий оценки экономической эффективности ИДТ. Провести фармакоэкономический анализ схем ИДТ в отделении реанимации наркологического стационара РТ.

5. Разработать систему помощи для принятия фармацевтических решений по формированию оптимальных по фармакоэкономическим критериям ассортиментных списков ЛПДТ для ОРИТ наркологического стационара РТ на основе методологии фармакоэкономического анализа.

**Связь задач исследования с проблемным планом фармацевтических наук.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научных исследований ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации».

#### **Методологическая основа. Объекты и методы исследования.**

Методологическая основа исследования основана на принципах охраны здоровья граждан, развития здравоохранения в целом, организации ЛО и оказания медицинской помощи надлежащего качества. Использовалась методология ФЭА, положения теории маркетинга, сравнительного и ситуационного анализа, структурного и статистического анализа, системного и регионального подхода, метод экспертных оценок. Оценку полученных данных проводили методами статистического анализа с использованием программы Microsoft Office Excel.

*Объекты исследования:* статистические данные, характеризующие состояние и структуру общей заболеваемости наркологическими расстройствами за период 2009-2013 г.г., данные статистических отчетных форм наркологических стационаров РТ; реанимационные карты с листами назначений и листами

основных показателей состояния больного 011/у (696 шт.) за период 2011-16 гг.; российский и региональный (РТ) фармацевтический рынок ЛПДТ, ассортимент ЛПДТ наркологического стационара: прайс-листы оптовых поставщиков ЛП, данные по ассортименту ГУП «Таттехмедфарм», требования-накладные отделений реанимации, товарно-транспортные накладные (№1-Т).

*Источниками информации* служили: нормативно-правовые документы в области здравоохранения и обращения лекарственных средств; сборники статистических материалов, официальные отчеты МЗ РФ и МЗ РТ; научные публикации, интернет-сайты.

**Научная новизна исследования.** В результате проведенных исследований:

- выявлены факторы, требующие оптимизации лекарственного обеспечения ИДТ наркологических больных в регионе: рост госпитальной заболеваемости в наркологии и нерациональная организация лекарственного обеспечения ОРИТ наркологического стационара. Результаты сравнительного анализа числовых показателей наркологической ситуации показали, что за период 2009-2013 гг. в России наблюдалось снижение общего количества зарегистрированных наркологических расстройств в 1,16 раз, а в РТ – увеличение в 1,02 раза. Увеличилось число женщин, больных наркоманией как в России, так и в РТ. По РТ увеличилось количество алкогольных психозов (+21,75%), больных наркоманией (+3,78%), токсикоманией (+9,97%);

- сформирован профиль пациента ОРИТ наркологического стационара РТ: преобладание среди пациентов ОРИТ мужчин, работающих лиц трудоспособного возраста, состоящих в браке, чаще всего жителей города. Средний возраст отравившихся алкоголем составлял 40-59, наркотиками и другими ПАВ - 20-39 лет. Пациенты поступали в наркологический стационар в тяжелом состоянии и с хроническими заболеваниями;

- с применением метода маркетингового анализа выявлено, что ЛПДТ на фармацевтическом рынке РФ и РТ представлены 25 ФТГ (649 и 375 ЛП соответственно); фармацевтические рынки ЛПДТ России и РТ достаточно обновлены (индекс обновления 0,23 и 0,18 соответственно). Ассортимент ЛПДТ

аптечной организации наркологического стационара представлены 22 ФТГ (210 ЛП). Ассортимент ЛПДТ достаточно широкий (коэффициент широты 0,88), полный (коэффициент полноты 0,83), но разновидность небольшая (коэффициент глубины 0,33); внутри ФТГ ассортимент устойчивый (коэффициенты устойчивости близки к 1), лидер - ФТГ «Для восстановления баланса электролитов». Фармацевтический рынок РТ использовал 57,8% зарегистрированных в России ЛПДТ, а АО наркологического стационара - 56,0% от представленного на фармацевтическом рынке РТ;

- на основе комплексного анализа учетной документации наркологических стационаров РТ за период 2011-2016 гг., стандартов медицинской помощи в наркологии, научной литературы, перечня ЖНВЛП выявлено 13 схем ИДТ, как фактор, влияющий на формирование ассортиментного списка ЛПДТ;

- предложено использование показателя «Функция больничной койки» как критерия эффективности, отражающего как медицинскую, так и экономическую составляющую работы наркологического стационара;

- разработан комплекс показателей для оценки стоимости ИДТ, с учетом затрат на фармакотерапию, расходные медицинские материалы и койко-день, что позволило на основе ФЭА провести сравнительный анализ затрат на ИДТ и установить экономически предпочтительные схемы по критерию «затраты-эффективность»;

- разработана система помощи для принятия фармацевтических решений, предназначенная для оценки уровня лекарственного обеспечения ИДТ с учетом клинических и фармакоэкономических параметров (фармакоэкономическая модель оптимизации). С использованием метода моделирования представлены экономические последствия от перераспределения пациентов на терапию по более эффективным (по критерию «функция больничной койки») схемам ИДТ, а так же от внедрения инновационной технологии - схемы №1. Сформированы оптимальные по фармакоэкономическим критериям ассортиментные списки ЛПДТ для ОРИТ наркологического стационара РТ.



**Теоретическая значимость** диссертационного исследования заключается в новом методическом подходе к оптимизации лекарственного обеспечения ОРИТ наркологического стационара, основанном на использовании ФЭА для выявления экономически предпочтительных схем ИДТ и формирования на их основе оптимального ассортиментного списка ЛПДТ.

**Практическая значимость и внедрение результатов исследования.**

Результаты диссертационного исследования используются при планировании и организации мероприятий по ЛО наркологических стационаров МЗ РТ (акт внедрения от 22.02.18), в ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ» (акт внедрения от 11.09.18) и в Государственном унитарном предприятии «Медицинская техника и Фармация Татарстана» (акт внедрения от 10.10.17). Материалы диссертационной работы были представлены на электронном носителе и состояли из: фармакоэкономической модели оптимизации ЛО наркологических больных для проведения фармакоэкономических расчетов в формате Microsoft Excel; системы помощи для принятия фармацевтических решений при реализации мероприятий по оптимизации лекарственного обеспечения ИДТ в отделении реанимации наркологического стационара регионального уровня; оптимальных в зависимости от поставленных задач (сокращение длительности курса ИДТ, увеличение количества пролеченных больных, экономия бюджетных средств) ассортиментных списков ЛПДТ для отделения реанимации.

Материалы диссертационной работы (фармакоэкономическая оценка детоксикационной терапии) включены в учебное пособие [155] по теме «Фармакоэкономический анализ» и используются в учебном процессе в системе дополнительного профессионального образования провизоров (акты внедрения ФГБОУ ВО: «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования от 26.09.17; Нижегородская государственная медицинская академия от 29.09.17; «Казанский государственный медицинский университет» от 30.06.17; «Самарский государственный медицинский университет» от 27.09.17).

**Достоверность научных положений и выводов** подтверждается применением современных и апробированных научных методов исследования и достаточным объемом информации.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены на научной конференции «Вопросы повышения качества последипломной подготовки фармацевтических кадров» (Казань, 2011, 2012, 2013), III Международной конференции по науке «Современная наука: тенденции развития» (Краснодар, 2012), IV Российской научно-практической конференции «Здоровье человека в XXI веке» (Казань, 2012), XVII Всероссийской научно-практической конференции «Молодые учёные в медицине» (Казань, 2012), Международной научно-практической конференции «Современные тенденции в образовании и науке: тенденции развития» (Тамбов, 2013), Конференции, посвященный 35-летию кафедры УЭФ ГБОУ ВПО «КазГМУ МЗ РФ» (Казань, 2014), Международной научно-практической конференции: «Актуальные вопросы образования и науки» (Тамбов, 2014).

**Личное участие автора.** Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии в выборе темы, постановке задач, получении практических результатов, публикации результатов и их внедрении в практическую деятельность, оформление результатов исследования в виде диссертации и автореферата.

**Публикации материалов исследования.** По теме диссертации опубликована 21 научная статья, из них 6 статей в изданиях Перечня ВАК.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Результаты анализа ассортимента ЛПДТ в наркологии, зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств РФ, на региональном фармацевтическом рынке и в наркологических стационарах РТ.
2. Профиль пациента ОРИТ наркологического стационара РТ.
3. Схемы ИДТ в отделениях реанимации, как фактор, влияющий на формирование ассортиментного списка ЛП в наркологических стационарах РТ.

4. Структура затрат на ИДТ в отделении реанимации наркологического стационара РТ по показателям: стоимость фармакотерапии, расходных медицинских материалов и койко-дня. Показатель «Функция больничной койки» как критерий экономической эффективности ИДТ.

5. Результаты фармакоэкономической оценки схем ИДТ в отделении реанимации наркологического стационара РТ.

6. Система помощи для принятия фармацевтических решений при реализации мероприятий по оптимизации лекарственного обеспечения ИДТ в отделении реанимации регионального наркологического стационара. Оптимальные в зависимости от поставленных задач (сокращение длительности курса ИДТ, увеличение количества пролеченных больных, экономия бюджетных средств) ассортиментные списки ЛПДТ для отделения реанимации наркологического стационара.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Научные положения диссертации соответствуют формуле специальности 14.04.03 - организация фармацевтического дела, пунктам 2, 3 и 10 паспорта специальности.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа изложена на 163 страницах компьютерного текста (без приложений), содержит 3 приложения (46 страниц), 24 таблицы, 48 рисунков. Диссертация состоит из введения, 6 глав (обзор литературы, характеристика программы и этапов исследования, 4 главы экспериментальных исследований), заключения. Список литературы содержит 280 источников, из которых 100 на иностранном языке.

# ГЛАВА 1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОБЗОР ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В НАРКОЛОГИИ

## 1.1 Эпидемиология и медико-социальное значение наркологических заболеваний

На современном этапе наркологические заболевания представляют серьезную угрозу здоровью населения во всем мире в связи с эпидемическим характером их распространения. Тенденция к увеличению распространенности наркологических заболеваний среди населения отмечается как отечественными, так и зарубежными исследователями [20, 73, 127, 133, 186, 239, 243].

По данным Европейской Коллегии каждый год от 6 до 9% населения Европейского Союза (7,1 млн. чел.) страдают зависимостью от алкоголя и от 1 до 2% (2 млн. чел.) имеют зависимость от наркотических ПАВ [187, 251]. В 2014 г. по данным Международного комитета ООН по контролю над наркотиками (МККН) количество потребителей ПАВ в мире составило порядка 260 млн. человек [58]. Этому способствовало увеличение количества новых наркотических средств на рынке ПАВ, например, в 2015 году Управлению ООН по наркотикам и преступности стало известно о 75 впервые обнаруженных новых веществах, в то время как в 2014 году их было 66 [30]. ВОЗ ведёт статистику пьющих стран с 1961 года, составляет рейтинг самых пьющих стран мира и на основе этих данных разрабатываются специальные программы по борьбе с распространением алкоголя. Зарубежные исследователи отмечают, что по сравнению с другими европейскими странами, потребление алкоголя в Германии остается на высоком уровне (11,7 л на душу населения), т. к. это единственная страна Европейского Союза, где распитие спиртных напитков разрешено властью повсеместно [277]. По данным W. El Ansari и соавт. (2014) в Швеции в период 2009-2014 гг. также отмечено увеличение употребление алкоголя [210]. D.S. Hasin и соавт. (2015) отметили, что злоупотребление наркотиками в США за 10 лет наблюдения возросло более чем в два раза [252].

Бремя алкоголизма в Германии составляет 1,13% ВВП, в Австралии 1%, в Канаде 1,6%, в США 2,4% ВВП [127].

Список пьющих стран в рейтинге ВОЗ более десяти лет возглавляют государства образованные из бывших республик СССР. Возглавляет список республика Беларусь (17,5 л на душу населения), Россия (16,2 л на душу населения) практически всегда в середине десятки. Данные о распространенности наркологических заболеваний в России показывают, что за последнее 10 лет число людей с наркотической, токсикоманической и алкогольной зависимостью увеличилось более чем в 10 раз. В 2014 г. в России было зарегистрировано 2 776 025 человек с наркологическими расстройствами, т.е. около 2% численности населения [74]. Частота наркологических заболеваний по данным разных авторов [65, 66, 72, 116, 185, 187, 192] остается высокой, широко варьируя в зависимости от региональных особенностей. В отдельных регионах показатели распространенности алкоголизма значительно превышают средние по стране и достигают 2-5% общей численности населения [57, 91].

Результаты эпидемиологических исследований доказывают, что среди наркологических расстройств преобладают алкогольные психозы [33, 59, 74, 259]. Статистика последних лет свидетельствует, что почти каждый пятый госпитализированный больной алкогольной зависимостью (19,5%) – это больной с алкогольным психозом [48, 195, 241]. Представленные в литературе данные показывают, что в России в 2014 г. число больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями достигло 547 215 чел., что говорит о повышении данного показателя по сравнению с 2013 годом [74]. Данные научных публикаций свидетельствуют о значительном увеличении за последние 15 лет (в несколько десятков раз) числа лиц с отравлением наркотиками [38, 62, 92, 132]. Медицинская статистика показывает, что от 40 до 74% пациентов, поступающих в специализированный стационар составляют отравившиеся медикаментами психотропного действия и от 12 до 20% - наркотиками [94]. По результатам исследований отечественных авторов было выявлено, что динамика отравлений наркотическими средствами носит

неустойчивый и волнообразный характер [79, 128]. По данным Санкт-Петербургского Межтерриториального центра по лечению острых отравлений на протяжении последних 3-х лет количество госпитализированных больных с острыми отравлениями наркотическими веществами составило в среднем 800 человек в год, или 10-12% от общего числа поступивших пациентов. По данным EMCDDA (Европейского центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением) оценочное число потребителей инъекционных наркотиков в странах Европейского Союза варьировало в пределах 1-5 случаев на 1000 населения в возрасте 15-64 лет в зависимости от государства и распространенности основных инъекционных наркотиков – опийных и амфетаминов [214, 235]. За последние 10 лет в России сложился так же высокий уровень распространенности инъекционного употребления наркотиков. В ходе анализа потребителей инъекционных наркотиков среди населения регионов, где проводилось популяционные исследования (Архангельская, Ивановская и Самарская области) выявилось, что удельный вес составляет от 1 до 3% населения, в отдельных регионах он достигал 4% [60]. Отечественные исследователи также подчеркивают, что в большинстве случаев представители группы потребителей инъекционных наркотиков отдают предпочтение употреблению препаратов опийного ряда [31, 103].

Исследования выявили употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ с учетом пола, возраста и социального положения [27, 125, 222, 252, 254, 277, 280]. В исследованиях особое внимание уделено гендерным особенностям злоупотребления алкоголем, наркотиками и ПАВ [82, 191, 221, 231, 246]. Как известно, потребление алкоголя, наркотиков и иных ПАВ в большей степени характерно для мужского населения [213]. Американские исследователи отмечают, что из общего числа потребителей алкоголя женщины составляют 24%. Много пьющие женщины составляют 3% от всех потребителей алкоголя, а много пьющие мужчины – 24% [230]. Национальное исследование, проведенное в США, охватившее более 600 тыс. студентов колледжей, показало, что девушки в сравнении с юношами потребляли меньшее количество алкоголя

[199], что также совпадает с данными других исследований [86, 101, 269]. N.A. Vokhan и соавт. (2013) сообщают, что приобщение юношей к употреблению наркотиков происходит раньше, но девушки активно приобщаются к комбинированию нескольких ПАВ при употреблении [253]. По данным статистического анализа учреждений наркологической службы России соотношение мужчин и женщин в контингенте зарегистрированных больных алкоголизмом составило 4,8:1 [60]. В другом исследовании [51] анализ госпитализаций пациентов с наркотической зависимостью в отделение неотложной наркологической помощи так же показал, что среди пациентов преобладают мужчины (76,2%). Анализ эпидемиологии наркологических заболеваний на основе отечественных публикаций показывает, что отмечается рост острыми алкогольными психозами среди женщин [129, 173]. При оценке экономического ущерба от алкоголь-ассоциированной смертности Т.И. Алексеевской и А.А. Селедцовым (2015), выявлено, что среди городского женского населения 30-34 лет наблюдался наибольший рост смертности от алкоголя [23]. Данные отечественной и зарубежной литературы показывают, что за последние 10-15 лет возросло количество женщин, злоупотребляющих наркотиками. Специалисты отмечают, что это крайне отрицательно влияет на репродуктивную функцию и здоровье будущих поколений [61, 104, 183].

Специалисты отмечают, что употребление наркотических и ненаркотических ПАВ наиболее распространено среди лиц молодого возраста [62, 181, 250]. J. Mounteney и соавт. (2016) сообщают, что по данным национальных обследований показатель распространенности потребления наркотиков среди молодежи варьирует в диапазоне от 0,4% (Турция) до 22,1% (Франция); потребления каннабиса от 0,2% (Греция и Румыния) до 4,2% (Соединенное Королевство); потребления кокаина от 0,1% (Италия и Турция) до 3% (Чехия и Соединенное Королевство) [268]. Подростки, злоупотребляющие алкоголем, наркотиками и ненаркотическими веществами составили 98% обратившихся в наркологические медицинские организации России в 2014 г. [2, 53, 131, 166]. Данные Национального Научного Центра наркологии доказывают, что

наркологические расстройства чаще свойственны лицам в возрасте от 14 до 65 лет [2]. Лицам с алкогольными проблемами соответствует возраст 20-22 года (31,4%) и 23-26 лет (40,4%) [83, 118]. При анализе возрастных показателей мужчин и женщин выявлено, что как среди мужчин, так и среди женщин большинство пациентов находятся в возрастной группе 25-29 лет (40,2% и 51,8% соответственно) [51]. Имеются работы [26, 77, 211, 229, 262], указывающие на высокий уровень потребления алкоголя подростками. По данным обследования московских школьников 16-17 лет, пробовали алкоголь свыше 80% подростков [115]. А.А. Еремеева и соавт. (2014) отмечают, что в Архангельской области за один год увеличилась доля подростков, употребляющих наркотические вещества (прирост составил 1,6%) [57]. По данным А.В. Кауриной и соавт. (2015) 37,05% от общего количества зарегистрированных в Волгоградской области случаев отравлений наркотическими препаратами встречаются в возрастной группе детей и подростков [73].

Следует особо обратить внимание, что в основном пациенты с наркологическим диагнозом относятся к трудоспособному возрасту. По данным исследований 85% зарегистрированных больных с наркологическими расстройствами – это пациенты трудоспособного возраста [54, 71, 88, 111, 201]. Положение усугубляет и тот факт, что злоупотребление алкоголем и наркотиками приводит к преждевременной смертности [76, 124, 245]. По приводимым российскими исследователями данным 30% смертности среди мужчин и 15% среди женщин связаны с последствиями употребления алкоголя [127]. Отмечается особенно высокий уровень смертности среди мужчин трудоспособного возраста - 40-60 лет [174]. D.A. Leon и соавт. (2009) сообщают, что среди работающих мужчин 31,43% общей смертности связано с употреблением алкоголя [233].

Специалисты отмечают, что среди больных алкоголизмом в 12 раз чаще встречаются соматические заболевания [89]. Согласно оценкам экспертов наркологические больные с тяжелыми соматическими заболеваниями создают медико-социальную проблему [50, 90, 109, 194, 220]. Л.Н. Зинченко и соавт. (2013) сообщают, что в условиях подразделений неотложной наркологии



выявлена тяжелая соматическая патология у 2,3% пациентов (пневмония, плеврит, нейрохирургическая патология, травмы гепатит, панкреатит) [61]. В отечественных и зарубежных литературных публикациях отмечается быстрый рост гепатитов, ВИЧ-инфекции, венерических заболеваний, туберкулеза среди наркологических больных. По данным ВОЗ, риск инфицирования вирусными гепатитами у потребителей наркотиков составляет от 60 до 90% против 5% в общей популяции [126, 188, 203]. Доказано, что при увеличении числа зарегистрированных больных наркоманией на 10% число зарегистрированных ВИЧ увеличивается на 20-30%. Лица, принимающие инъекционные наркотики, считаются группой риска в отношении развития туберкулеза и резистентных к терапии его форм [60].

Таким образом, анализ опубликованных исследований показал высокий уровень распространенности злоупотреблений ПАВ, что имеет серьезные медико-социальные последствия и обуславливает необходимость внедрения наиболее эффективных и менее затратных способов лечения. Рациональная фармакотерапия и оптимизация лекарственного обеспечения наркологических клиник позволяют повысить качество лечения пациентов, предотвратить развитие осложнений, сократить число стационарных больных и продолжительность госпитализации [21, 204, 248].

## **1.2 Современные подходы к детоксикационной терапии наркологических заболеваний**

Абстинентные состояния (*abstinentia* – воздержание) после злоупотребления алкоголем или наркотиками почти всегда сопровождаются интоксикацией (продуктами окислительного метаболизма). На первом этапе лечения отравлений ПАВ проводятся дезинтоксикационные мероприятия и устранение соматоневрологических нарушений, поправка психопатоподобных расстройств. В наркологическом стационаре проводятся детоксикационная терапия, витаминотерапия и симптоматическая терапия [224]. Наиболее сложным в лечении наркологических заболеваний является вопрос детоксикационной

терапии, которая проводится с целью уменьшения токсического действия психоактивных веществ и их метаболитов. При проведении детоксикационной терапии уменьшается концентрация ПАВ в крови за счет стимуляции выведения метаболитов с мочой и в то же время восполняется дефицит микроэлементов и витаминов [112, 121, 225, 235, 255]. Авторы отмечают, что в последнее время подходы к детоксикационной терапии требуют более эффективного и быстрого способа выведения пациентов из состояния острого отравления, чтобы избежать затрат на лечение различных осложнений [96]. Специалисты отмечают, что детоксикационная терапия должна содержать синдромальный подход, чтобы устранить нарушения водного, кислотно-основного, энергетического и электролитного балансов [22, 200, 205, 212, 249, 256, 263].

Инфузионно-детоксикационная терапия в наркологии подразделяется на базисную и корригирующую. Базисную инфузионную терапию проводят с целью восстановления водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса. В наркологической практике применяют такие препараты как 0,9% раствор натрия хлорида, 5, 10, 20, 40% растворы декстрозы, полиионные растворы (ацесоль, хлосоль, дисоль), полиглюкин, 4% раствор натрия гидрокарбоната, 4% раствор калия хлорида, 10% раствор кальция хлорида, 25% раствор магния сульфата и т. п. Введение 25% раствора сульфата магния 10,0 способствует эффективной метаболической коррекции и способно заметно улучшить течение острых алкогольных расстройств [135]. Препараты дисоль и 5% раствор натрия гидрокарбоната вводят в терапию для коррекции кислотно-основного баланса крови и борьбы с ацидозом. Изотонический раствор натрия хлорида назначают при алкалозе [172, 275]. Для улучшения реологических свойств крови проводятся инфузии полиглюкина или реополиглюкина (имеются противопоказания к применению данных ЛП: заболевание почек и сердечная недостаточность) [159].

Рекомендуется при отравлении легкой степени назначать лечение по схеме: внутримышечно раствор тиамин хлорида, внутривенно 40% раствор декстрозы, внутривенно капельно 5% раствор декстрозы а при остром отравлении дополнительно вводят внутривенно 20% раствор декстрозы с инсулином [39, 98].

Исследователи подчеркивают, что декстроза часто назначается с тиамином для профилактики развития энцефалопатии и с ионами магния и калия для улучшения ее усвоения [85], так как было замечено, что под действием декстрозы резко усугубляется дефицит тиамина, свойственного большинству больных алкоголизмом, что может способствовать развитию острой энцефалопатии [123]. Данные литературы показывают, что при угнетении сознания в последние годы при назначении 40% раствора глюкозы с 5% раствором тиамина хлорида добавляют 0,4 мг налоксона [121]. В последнее время часто используется реамберин как противогипоксические и детоксикационное средство [135].

В отечественной наркологической практике лечение нередко дополняется клиренсовой детоксикацией – форсированным диурезом с внутривенными инфузиями кристаллоидных и коллоидных растворов, иногда в сочетании с мочегонными средствами [17, 267, 274]. Для тканевой дегидратации и форсированного диуреза используют 6% раствор средномолекулярной фракции декстрана. Диурез можно стимулировать так же лазиксом в дозе 20-40 мг/сут., маннитолом в дозе 10 мл 20% раствора и соответствующим подбором объема ИДТ [100]. Важно вводить мочегонные средства через каждые 3-4 часа. Для улучшения периферического кровообращения назначают  $\alpha$ -адреноблокаторы (раствор тропафена 2%-1,0, раствор пирроксана 1%-1,0 внутривенно) [153]. Наблюдения показывают, что внутривенные инфузии плазмозамещающих растворов и развивающийся при этом форсированный диурез позволяют в ряде случаев улучшить переносимость психотропных средств [64, 119].

Инфузионно-детоксикационную терапию проводят под контролем венозного давления, водно-электролитного баланса, осмолярности плазмы, диуреза и кислотно-основного состояния обычно в объеме 50 мл/кг [214, 278].

Следует отметить, что конкретный выбор ЛП для детоксикационной терапии должен строиться с учетом имеющихся в данном конкретном случае физиологических нарушений. Для корригирующей терапии используются различные ЛП противосудорожного, противорвотного, мочегонного действия и средства для обезболивания. Обязательно назначение антидепрессантов,

снотворных, и нейролептиков [38, 80, 97, 190, 218, 238, 260], в том числе большие дозы витаминов [49, 265].

Имеются работы [77, 112, 247], указывающие, что максимально выраженный эффект при лечении абстинентного синдрома наблюдается при проведении ионно-корректирующих программ с нейрометаболической терапией – 10%-20% инфузионные растворы актовегина (или инстенона) на 5% декстрозе или 0,9% растворе натрия хлорида.

Для устранения авитаминоза предлагают проводить парентеральное введение растворов тиамин, пиридоксин, а при треморе добавляют раствор цианкобаламина. Аскорбиновая кислота назначается внутривенно с плазмозамещающими растворами [147, 172]. Метаболические расстройства так же корректируются витаминами. Для этой цели при терапии отравлений ПАВ назначают витамины группы В и С, которые стимулируют окислительно-восстановительные процессы и влияют на тканевое дыхание. М.Г. Романцов и соавт. (2012) отметили фармакотерапевтические эффекты инъекционной лекарственной формы цитофлавина при дисфункции ЦНС при алкоголизме [162]. Современными исследованиями подтверждено, что меглумина натрия сукцинат и цитофлавин хорошо влияют на клеточный метаболизм и кислотно-щелочное равновесие, что положительно при детоксикации [162].

Спазмолитическая терапия включает в себя внутривенное назначение раствора аминафиллина 2,4% 5-10 мл, дротаверина 2% 2-4 мл в/м [105, 142].

Для стимуляции дыхания и кровообращения вводят аналептики и психостимуляторы: кордиамин 25%-1,0 в/в, п/к, сульфокамфокаин 10%-2,0 в/м, в/в, кофеин бензоат натрия 20%-1,0 в/в, п/к, в/м [79, 156].

Известно, что у наркологических больных имеют место выраженные изменения сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной системы, приводящие к нарушению гомеостаза и развитию эндотоксикоза. Исследованиями установлено, что при лечении с применением гипохлорита натрия повышается эффективность ИДТ за счет уменьшения  $T_{1/2}$  этанола в крови. Гипохлорит натрия улучшает показатели гомеостаза и эндотоксикоза [43].

При наличии сопутствующей патологии назначают кардиотропные средства для поддержания жизнедеятельности, а при острых интоксикациях применяют гепатопротекторы и ноотропные средства. При нарушении работы печени и для быстрого снятия синдромов отравления назначают гепатопротекторы (например, эссенциале 5,0 внутривенно), их назначают в течение всего времени воздействия ПАВ, хотя клиническая эффективность их до настоящего времени не доказана [47, 135, 208]. Авторы отмечают, что ранняя органопротективная и противовоспалительная терапия с использованием фосфоглива и милдроната приводит к уменьшению общей смертности больных, а также снижению частоты развития алкогольного делирия [108].

В Европейском союзе и США не используют гепатопротекторы в клинической практике, поскольку клинические исследования, проведенные в США, не выявили никаких положительных влияний эссенциальных фосфолипидов на функцию печени по сравнению с плацебо [136, 226]. Только урсодезоксихолевая кислота является лекарством, а все остальные мировая медицина относит к БАДам. Эталонным лекарственным средством урсодезоксихолевой кислоты считается Урсофальк, который производится в Германии с 1979 года. Все другие аналогичные препараты для регистрации в Евросоюзе должны предоставить данные о полной фармакологической и клинической эквивалентности Урсофальку; аналоги же могут иметь различия, как по эффективности действия, так и по побочным реакциям [84]. В России эссенциальные фосфолипиды применяются часто. Основным механизмом действия препаратов считается восполнение дефицита фосфолипидов клеточной стенки, стабилизация мембран гепатоцитов и торможение процессов разрушения печеночных клеток. Однако нет данных, что фосфолипиды растительного происхождения могут «встроиться» в мембрану гепатоцита. При парентеральном введении эссенциальные фосфолипиды накапливаются не в печени, а в других органах [47, 122].

Установлено, что ноотропы играют важную роль в борьбе с гипоксией, положительно влияют на обменные процессы в нервной ткани, оказывают

нейрометаболическое и церебропротекторное действие, улучшают гемодинамику. Эссенциальным компонентом лечения алкогольного похмельного синдрома является пирацетам. Исследования показали, что пирацетам эффективен и при предделириозных состояниях, и при делириях [100, 112]. В ряде работ отмечалось, что в случае диагностики абстинентного синдрома на фоне органического поражения ЦНС или острого отравления этанолом с психотропным возбуждением больным проводят фармакотерапию ноотропным препаратом семакс [108]. По данным Е.А. Поповой и соавт. (2012) применение препарата цераксон эффективно при лечении острого отравления этанолом и позволяет сократить продолжительность лечения в 1,8 раз, снизить общее количество осложнений на 11,5% и предотвратить летальность больных [102]. Другими исследователями отмечено, что применение мексидола в средней терапевтической дозе (300 мг/сут) позволяет повысить эффективность детоксикационной терапии не осложненного алкогольного абстинентного синдрома в связи с его отчетливым детоксикационным, гемодинамическим и антиангинальным действием [161]. Ноотропное действие мексидола связано с его положительным влиянием на транспорт медиаторных аминокислот, и в том числе с увеличением содержания в мозге гамма-аминомасляной кислоты – основного тормозящего медиатора в ЦНС. По мнению специалистов, терапия должна быть направлена на коррекцию развивающихся соматовегетативных неврологических и психических нарушений [120, 158, 195, 272].

При алкогольной коме показана противошоковая терапия. Ее важно начать с обезболивающих средств в сочетании с антигистаминными препаратами: 50% раствора метамизола натрия 2,0 или 2% раствора тримеперидина (промедола) 1,0 плюс 1% раствора дифенгидрамина 1,0 (димедрола). Известно, что внезапная отмена алкоголя может привести к судорожным приступам; при этом назначают внутривенно натрия тиопентал 50 мг в час [234]. Дезинтоксикационные свойства тиоловых препаратов объясняются активностью входящих в их структуру сульфгидрильных групп, являющихся ловушками свободных радикалов [136]. С целью купирования психомоторного возбуждения и эпилептиформных судорог

вводятся ноотропы с транквилизаторами (диазепам 0,5% 2-6 мл/сут в/в). При устранении гемодинамических нарушений вводят с инфузиями ноотропы и вазодилатирующие препараты: пирацетам 20% 5-10 мл в/м или в/в с 40%-10,0 раствором декстрозы, метадоксил, милдронат по 0,5-1 г/сут. [34, 64, 141]. В зарубежной практике в лечении острых алкогольных расстройств рассматриваются противосудорожные препараты как традиционные (карбамазепин и вальпроаты), так и относительно новые (ламотриджин и топирамат) [198, 219]. Исследователи S. Rubio и соавт. (2012) отмечают, что использование противосудорожного препарата зонисамид в детоксикационной терапии абстинентного синдрома, более эффективен, чем диазепам [280]. Результаты исследования С.А. Müller и соавт. (2012) доказывают, что леветирацетам (противоэпилептическое средство) является эффективным и безопасным методом лечения алкогольной интоксикации [209]. В ряде исследований [189, 276] показано, что топирамат (противоэпилептическое средство) оказывает положительное воздействие на наркозависимые состояния. Препарат снимает тревогу, депрессивную симптоматику, расстройства сна, а также купирует тремор и астеновегетативные нарушения. В последнее время появляется все больше работ, свидетельствующих о значении бензодиазепинов для купирования абстинентного синдрома. Бензодиазепины считаются базовыми средствами, они относительно безопасны, у них низкий наркотический потенциал, не вызывают экстрапирамидных побочных расстройств, обладают противосудорожной активностью. Анализ зарубежных публикаций показывает, что протоколы лечения наркологических заболеваний в основном включают бензодиазепины и симптоматические (адренергические средства) [186, 189, 261]. По мнению N. Burapakajornpong и соавт. (2012) раннее лечение алкогольной абстиненции с адекватными дозами бензодиазепинов позволит уменьшить заболеваемость и смертность от алкогольного абстинентного делирия. При психомоторном возбуждении вводят внутримышечно раствор диазепама 4,0 или 0,25% раствор дроперидола (оказывают наиболее выраженный эффект на фоне интоксикации этанолом) [197].

В отечественной практике при проявлении психопатологической симптоматики активно применялись психотропные средства. Использование психотропных средств эффективно, если в структуре абстиненции преобладают психопатологические расстройства [64]. Однако современными исследованиями выявлено, что при остром алкогольном опьянении данные ЛП усиливают токсическое действие алкоголя [160]. В терапевтической проблеме алкогольного делирия дискуссионным вопросом является применение антипсихотических средств - нейролептиков. По мнению специалистов [95, 135] нейролептики могут повышать риск развития пневмонии, повышать судорожную готовность. Некоторые нейролептики могут увеличивать степень помрачнения сознания и даже провоцировать развитие делирия при их использовании в лечении не осложненных абстинентных состояний. Кроме того, исследователи обращают внимание, что клинически необоснованное массивное применение нейролептиков может приводить к нарушению водно-электролитного обмена, гиповолемии и тканевому обезвоживанию [136]. Другие авторы считают, что вследствие некоторых различий в действии нейролептиков на организм мужчин и женщин, при их использовании необходимо учитывать пол пациента [257]. В настоящее время препаратом выбора купирования острых психотических расстройств, в том числе делирия, является галоперидол. Имеются данные об успешном и безопасном применении галоперидола в терапии алкогольного делирия [215, 248]. Исследователи Т.Н. Робинсон и В. Эйсман (2012) рекомендуют использовать малые дозы препарата по 1–2 мг внутривенно каждые 20 минут до купирования возбуждения. Поддерживающая доза составляет 0,2–0,5 мг четыре раза в день и назначается в течение нескольких суток [258]. Т.А. Изюминой и соавт. (2012) делается вывод об эффективности и безопасности применения галоперидола в сочетании с бензодиазепинами для устранения предделириозного состояния и снижения риска развития алкогольного делирия [66]. Одним из эффективных препаратов в лечении делирия является карбамазепин. Препарат подавляет вызванный абстиненцией киндлинг, обладает мощным противосудорожным, антидепрессивным действием. Наряду с высокой эффективностью установлена



хорошая переносимость препарата у наркологических пациентов [49]. S.R. Salpeter и соавт. (2015) отметили, что использование очень низкой дозы метадона в сочетании с галоперидолом при острой интоксикации позволило улучшить контроль боли после отмены типичных опиатов [273]. Есть данные, что терапевтическая эффективность оланзапина сопоставима с галоперидолом [244].

Опиоидная детоксикация в соответствии с международными стандартами проводится с использованием различных лигандов-агонистов, частичных (парциальных) агонистов и антагонистов – опиоидных рецепторов [192, 216]. При опиоидном абстинентном синдроме применяются агонисты  $\alpha_2$ -адренорецепторов, обезболивающие ЛП и блокаторы опиоидных рецепторов [63, 270]. Результаты успешных исследований внутривенного назначения препарата налоксон 0,5 г показали его способность блокировать опиоидные рецепторы, что широко используется в клинической практике острых отравлений наркотиками опиоидного ряда (морфином, героином, метадоном и т. п.). Имеется большое количество сообщений в зарубежной литературе относительно использования лекарственного препарата налтрексон (конкурентного антагониста опиоидных рецепторов) для лечения наркомании и алкоголизма [208, 210, 217, 242]. M. Soyka (2016) предложил использовать налмефен у которого по сравнению с налтрексоном в отношении терапии алкогольной зависимости есть некоторые преимущества [264]. Специалисты обращают внимание, что терапия антагонистами опиатов обязательно инициирует синдром отмены [78, 135]. В ряде работ отмечено, что если эффект от введения антагонистов опиатов отсутствовал, применяли аналептики, увеличивающие мозговой кровоток и не повышающие потребность мозга в кислороде (2-4 мл 25% раствора кордиамина внутривенно или внутримышечно, 2 мл 20% раствора кофеина, 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина внутримышечно) [34, 95].

В фармакотерапии наркологических больных используется большое количество лекарств, каждое из которых корректирует соответствующие патогенетические звенья болезни. При тяжелом опьянении применяют специальные аналептические смеси [17, 40, 97, 98]. Исследования многих авторов

подчеркивают значимость комбинированной терапии в современных схемах лечения наркологических больных [40, 112, 136]. Однако вызывает опасение бесконтрольное смешивание ЛП в одной инфузии, и специалисты обращают внимание на взаимодействие лекарств при ИДТ [121]. Большинство провизоров, врачей и медсестер утверждают, что несовместимости ЛП снижают эффективность и безопасность лечения и считают необходимым контроль провизора и клинического фармаколога при смешивании лекарств [141, 142, 144, 147, 156]. Выбор терапевтической тактики того или иного препарата для ИДТ зависит от особенностей психического, соматического и неврологического состояния конкретного пациента. Дифференцированность терапевтических подходов определяется клиническим вариантом течения наркологических заболеваний [34]. Следует отметить, что в наркологическом стационаре применяется ограниченный набор часто используемых ЛП, что связано с ограничением финансирования учреждений, а также процессом регулирования ассортимента ЛП в рамках перечня ЖНВЛП [4, 15].

### **1.3 Обзор фармакоэкономических исследований в наркологии**

По мнению исследователей [19, 114, 117, 171] оптимизация ЛО наркологических больных на уровне стационара состоит из: усовершенствования нормативной базы по регулированию ЛО; увеличения финансирования стационаров в рамках целевых программ; регулирования цен на ЛП; рациональной фармакотерапии. Важным, по мнению экспертов ВОЗ, является рациональное использование ЛП, которое заключается в том, что больные должны получать лекарство на протяжении всего периода лечения, соответственно их клинической ситуации, в необходимых дозах и по меньшей стоимости [21, 29]. Методы фармакоэкономического анализа позволяют сопоставить затраты и эффективность, за счет этого более рационально и эффективно использовать средства государственного бюджета. Работа Винниковой М.А. и соавт. посвящена вопросам проведения фармакоэкономического анализа в психиатрии и наркологии. Сделаны выводы о

необходимости использования фармакоэкономических исследований в наркологической клинической практике с целью обеспечения оптимальной терапии в условиях активного появления новых ЛС и увеличения стоимости лечения. Показано, что проведение ФЭА позволяет решать вопросы оптимизации лечебного процесса с учетом заданного уровня эффективности лечения. Отмечено, что ФЭА помогает оптимизировать затраты государства на улучшение качества и продление жизни людей. В условиях ограниченного бюджета наркологических клиник фармакоэкономические исследования решают вопросы оптимального использования имеющихся ресурсов, а также позволяют планировать дальнейшую политику их применения [41]. Однако в научной литературе недостаточно работ по изучению вопросов оптимизации ЛО наркологических больных.

В настоящее время широко распространяется применение методов ФЭА при оценке последствий злоупотребления ПАВ. Приведенные литературные данные свидетельствуют, что затраты государства на борьбу с ростом наркологических заболеваний, преступности, травматизма, преждевременной смерти и другие последствия употребления алкоголя и наркотиков значительны и являются показателем негативной ситуации в наркологии [6, 45, 90, 113, 168, 176, 182, 193, 237]. Е.А. Кошкина с соавт. в своем исследовании утверждают, что в структуре экономического бремени алкоголизма прямые затраты относятся к косвенным в соотношении 1:3. Отмечено, что 96% затрат приходится на лечение последствий алкоголизма, а на оказание больным непосредственно наркологической помощи приходится всего 4%. С применением модельного анализа авторами показано, что в России экономическое бремя алкоголизма составляет более 2% ВВП [99]. Н.В. Говорин с соавт. (2012 г.) показали на примере больных многопрофильной больницы города Читы, что 25,7% наркологических патологий обусловлены употреблением алкоголя. Авторы рассчитали экономические издержки больницы при устранении последствий алкоголизма, рассматривая финансовые затраты на лечение пациентов как произведение стоимости койко-дня на срок терапии. В исследовании при расчете экономического ущерба учитывали реальные затраты

больницы (средства фонда ОМС плюс средства муниципального бюджета). Показано, что затраты стационара на терапию пациентов, госпитализированных в связи с потреблением алкоголя, составляют 8,95% от расходов стационара в один месяц, что составляло более 3 млн. рублей за один месяц [45]. Экономические последствия для страны от алкоголизма были рассчитаны в работе Ягудиной Р.И. с соавт. (2010 г.) с учетом затрат на содержание пациентов в вытрезвителях, на лечение последствий алкоголизма, ущерба от криминальных происшествий, на содержание сирот. В результате расчетов в исследовании установлено, что экономическое бремя от алкоголизма составило 647 785 566 219 рублей [177].

Фармакоэкономический анализ применяется так же и при расчете снижения экономического бремени от наркологических заболеваний при внедрении новых медицинских технологий. А.Н. Барина с соавт. с использованием модели Маркова оценили эффективность профилактики алкоголизма на основе скрининга и краткосрочного вмешательства. Авторы установили, что при внедрении скрининга и краткосрочного вмешательства число предотвращенных потерь увеличивается до 564 618 лет, данное вмешательство даст от 5,92 рублей до 179 рублей выгоды на каждый вложенный в него рубль. Так же в исследовании установлено, то по сравнению с другими профилактическими вмешательствами скрининг и краткосрочное вмешательство является затратно-эффективным. Общественная выгода от его реализации (расходы на внедрение программы минус стоимость результата внедрения) составила 31 млн. рублей [107]. Применение вивитрола при лечении алкоголизма даст экономический эффект, рассчитанный в исследовании с применением «анализа влияния на бюджет» в размере 44 044 руб. на одного больного [179]. Царевым С.А. с соавт. в Самарской области была оценена экономическая эффективность действующей системы оказания наркологической помощи, определены показатели ее экономической эффективности и в результате разработана инновационная модель с интегрированными профилактическими программами, которая снизит число новых случаев ВИЧ, смертей от передозировок наркотиками и увеличит число больных, вступивших в программы реабилитации. Авторы сравнили

экономическую эффективность действующей и внедряемой моделей с применением метода «затраты-выгода». Критериями эффективности были выбраны: число предотвращенных случаев ВИЧ; число, определенное по методике Daly; количество лиц, вовлеченных в программу реабилитации. Установлено, что экономический эффект от внедрения инновационной модели превышает затраты на ее реализацию. Инновационная модель оказания наркологической помощи позволит увеличить экономическую эффективность действующей модели на 7% [170].

Результаты фармакоэкономического анализа при применении новых ЛС или терапевтических технологий так же широко используются в клинической медицине, в том числе и в наркологии. В статье Т.В. Агибаловой с соавт. на основе результатов фармакоэкономического анализа с использованием анализа «затраты-эффективность» определены варианты терапии с меньшими затратами на единицу эффективности. Для устранения влечения к алкоголю авторами предлагается использовать миансерин и миртазапин, к наркотикам - миртазапин, а к азартным играм - эсциталопрам [19]. Д.В. Роскошной с соавт. (2012 г.) с применением метода «затраты-эффективность» показано преимущество терапии пипофезином у пациентов с опийной наркоманией [164]. В работе Е.А. Поповой (2013 г.) клинико-экономический анализ использования препарата цераксон при лечении острого отравления этанолом показал, что он сокращает продолжительность лечения в 1,8 раза, снижает общее количество осложнений на 11,5% и способствует предотвращению летальности. Средний койко-день больных, принимающих лечение цераксоном, составил 2,4, а в контрольной группе - 4,4 койко-дня, что обеспечивает экономию бюджетных средств [114]. Г.А. Ливановым с соавт. (2015 г.) и В.В. Шиловым с соавт. так же показана возможность экономии бюджетных средств за счет сокращения пребывания больного в ОРИТ при применении ремаксола и адеметионина [85, 159]. Фармакоэкономические исследования квалифицировали терапию адеметионином как затратно-эффективную [47]. Фармакоэкономические исследования Поливанова В.А. и соавт. показали, что применение препарата Эсливер Форте

для лечения алкогольной болезни печени является наиболее предпочтительным в сравнении с Эссенциале Форте Н по результатам анализа «затраты-эффективность» [122]. Клинико-экономический анализ лекарственного обеспечения наркозависимых, приведенный в статье А.С. Немченко и соавт., показал, что большую часть затрат (51,54%) на фармакотерапию составляют наиболее затратные 18 ЛП (по МНН). При этом наблюдали и большое количество назначений этих ЛП (40,13% от всех назначений) [240]. В работе Яковлевой Н.Г. с применением методов ФЭА (стоимости болезни, анализа затрат) рассчитаны затраты на фармакотерапию одного наркологического больного по каждой нозологии. С использованием метода экспертных оценок обоснованы рекомендованные рациональные списки ЛС для фармакотерапии наркологических больных. С использованием разработанных для населения Ставропольского края данных по прогнозу наркологической заболеваемости рассчитана потребность в ЛС и определены затраты на фармакотерапию пациентов наркологического стационара, что призвано оптимизировать ЛО регионального наркологического стационара [180].

В результате анализа современной научной литературы не обнаружено данных по исследованию лекарственного обеспечения ИДТ наркологических больных с применением методов ФЭА.

При сопоставлении затрат и эффективности терапии отравлений ПАВ на уровне отделения реанимации необходимо подобрать критерий оценки эффективности ИДТ. В работе Мотина А.В. с соавт. предлагается рациональный критерий оценки эффективности работы ОРИТ – количество летальных исходов от общего числа пациентов отделения. Авторы предлагают сопоставлять объем затрат ОРИТ с медицинскими результатами отделения реанимации: 
$$\text{Эффективность} = \frac{\text{объем затрат ОРИТ}}{\text{койко-дни умерших пациентов}}$$
 Установлено, что при оценке данным способом качества медицинской помощи в ОРИТ становится бессмысленным искажение статистических данных [110].

## **Заключение по главе 1**

Оказание лекарственной помощи наркологическим больным является одной из приоритетных задач здравоохранения. В России бюджетами федерального и регионального уровня предусмотрено оказание лекарственной помощи на уровне стационара наркологическим больным, что отражено в соответствующих нормативно-правовых документах.

Важным моментом в организации фармакотерапии в наркологических стационарах является лекарственное обеспечение. В обзоре представлены сведения о ЛПДТ, применяющихся в ОРИТ. Литературный анализ современных подходов к детоксикации показал, что существует множество отличающихся по эффективности и экономическим затратам схем терапии отравлений ПАВ. Информационный поиск позволил обнаружить публикации по отдельным фармакоэкономическим аспектам наркологических заболеваний (анализ затрат и стоимости заболеваний, вызванных злоупотреблением алкоголем; анализ эффективности терапии потребителей наркотиков; анализ затраты-эффективность при использовании гепатопротекторов и других лекарственных препаратов), не обнаружены исследования по ФЭА детоксикационной терапии отравлений ПАВ.

## **ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ПРОВЕДЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА ЭТАПОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ИНФУЗИОННО-ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ**

### **2.1 Разработка программы исследования**

На первом этапе исследования был проведен информационный поиск по изучаемой проблеме по базам данных PubMed, Medlink, Cochrane, научной электронной библиотеки eLibrary.ru по ключевым словам «infusion-detoxification therapy», «poisoning with psychoactive substances», «cost», «effectiveness of treatment», «results of treatment», «cost-effectiveness analysis», «cost minimization analysis», «budget impact analysis» (глава 1).

Аналитический обзор данных научной литературы [37, 117, 129, 130, 135, 140, 159, 164, 207] показал, что наркологические заболевания - это самые распространенные социально-значимые болезни, которые часто являются причиной тяжелых осложнений и высоких показателей смертности, а ИДТ является базовым этапом оказания помощи при острых наркотических отравлениях. В результате поиска не были обнаружены научные работы по использованию фармакоэкономической методологии для оптимизации лекарственного обеспечения наркологических больных на этапе ИДТ, и это явилось обоснованием актуальности данного исследования.

Для решения задач, поставленных в диссертации, была разработана программа проведения исследования, представляющая последовательность взаимосвязанных этапов (таблица 2.1).



Таблица 2.1

### Программа проведения исследования

Этап	Содержание этапа	Методы исследования	Источники данных
1	2	3	4
1	<p>Информационный поиск по проблеме эпидемиологии и фармакотерапии наркологических заболеваний.</p> <p>Анализ проведенных фармакоэкономических исследований в наркологии, отбор наиболее актуального этапа терапии для дальнейшего исследования.</p> <p>Разработка программы проведения исследования.</p>	<p>Выкопировка, контент-анализ</p>	<p>Базы данных PubMed, Medlink, Cochrane и научной электронной библиотеки elibrary.ru</p>
2	<p>Анализ данных по эпидемиологии наркологических заболеваний в России и Республике Татарстан.</p> <p>Формирование профиля пациента отделения реанимации наркологического стационара Республики Татарстан.</p>	<p>Выкопировка, контент-анализ, статистический анализ, сравнение</p>	<p>Официальные источники информации: данные Росстата, данные отчетов ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан»</p>

1	2	3	4
3	Маркетинговый анализ ассортимента лекарственных препаратов детоксикационной терапии наркологических больных.	Выкопировка, маркетинговые методы, контент-анализ, систематизация, расчеты, сравнение	Официальные источники информации: государственный реестр лекарственных средств РФ; прайс-листы оптовых поставщиков – трех дистрибьюторских компаний РТ; данные по ассортименту РНД МЗ РТ в ГУП «Таттехмедфарм»; требования-накладные отделения реанимации РНД МЗ РТ (30), товарно-транспортные накладные на ЛП в наркологических клиниках, стандарты медицинской помощи в наркологии; список ЖНВЛП; научные публикации.
4	Изучение современного состояния лекарственного обеспечения ИДТ в стационарах Республики Татарстан.	Анализ, систематизация, выкопировка, сравнение, экспертная оценка	650 листов назначений для больных отделения реанимации наркологических бюджетных стационаров и 46 листов назначений для больных клиники негосударственной формы собственности; стандарты медицинской помощи в наркологии; анкеты врачей-наркологов отделения реанимации (33).
5	Разработка предложений по оптимизации лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии на региональном уровне на примере Республики Татарстан.	Фармако-экономический анализ, расчеты, сравнение, моделирование, экспертная оценка	Схемы инфузионно-детоксикационной терапии отравлений ПАВ, применяющиеся в наркологических клиниках Республики Татарстан, прайс-листы оптовых поставщиков, тарифное соглашение о порядке оплаты медицинской помощи, оказанной за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета РТ на 2016 год, анкеты врачей-наркологов отделения реанимации (12).

## **2.2 Анализ данных по эпидемиологии наркологических заболеваний в России и Республике Татарстан**

Второй этап исследования заключался в сравнении общей заболеваемости наркологическими расстройствами в России и РТ. Был проведен контент-анализ официальных источников информации: для анализа ситуации в РФ - данные Росстата; для РТ - статистические данные отчетов ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан» («РНД МЗ РТ») - головного наркологического учреждения республики. Опубликованные расчетные данные Росстата (Федеральной службы государственной статистики) позволяют провести анализ наркологической ситуации в России.

В исследовании были рассмотрены показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами в разрезах 2012-2013 годы и 2009-2013 годы в расчете на 100 тысяч населения на основании данных о числе всех больных, обратившихся за наркологической помощью в течение года. В диссертационной работе показатели были проанализированы согласно данным статистики по основным группам заболеваний: алкоголизм, алкогольные психозы, наркомания, токсикомания, злоупотребление (употребление с вредными последствиями, но без зависимости) алкоголем, наркотическими и ненаркотическими ПАВ.

В Республике Татарстан деятельность наркологической службы осуществляется в соответствии с постановлением Кабинета Министров РТ №764 от 16.10.2013 «Об утверждении государственной программы обеспечения общественного порядка и противодействие преступности в Республике Татарстан на 2014–2020 годы», с Программой «Профилактика наркомании среди населения РТ на 2014–2020 годы» и постановлением Кабинета Министров РТ №865 от 29.10.2010 г. «О долгосрочной целевой программе профилактики наркотизации населения» [165]. В республике наркологическую помощь населению за счет средств государственного бюджета оказывает ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ» (далее РНД МЗ РТ) и три его филиала

(г. Набережные Челны, г. Нижнекамск, г. Альметьевск), два филиала РКПБ (г. Зеленодольск, г. Бугульма), а так же 35 наркологических кабинетов для взрослого населения и 38 для детей и подростков при ЦРБ муниципальных районов РТ (рис. 2.1).



\*Стационары, имеющие отделение реанимации

Рисунок 2.1 – Медицинские организации, оказывающие наркологическую помощь населению Республики Татарстан за счет средств государственного бюджета

Республиканский наркологический диспансер является головным учреждением по наркологии в Республике Татарстан, куда поступают больные из различных районов республики. В исследовании были рассмотрены данные статистической отчетности ГАУЗ «РНД МЗ РТ» и филиалов ГАУЗ «РНД МЗ РТ» за период 2009-2013 годы о числе больных, зарегистрированных в данных медицинских организациях, что позволило представить картину распространенности наркологических расстройств в Республике Татарстан [149].

Для формирования профиля пациента отделения реанимации наркологического стационара Республики Татарстан (а также для дальнейших исследований по выявлению технологий ИДТ) была разработана форма статистической карты выкопировки из медицинской документации, содержащая следующие сведения: даты поступления и выписки, возраст (лет), пол, семейное положение, место работы, место жительства, степень тяжести заболевания, хронические заболевания, назначенные лекарственные средства (пример оформления статистической карты приведен в Приложении Б, таблица Б.1). Всего было проанализировано 696 карт стационарного больного и 696 листов назначений. Выражаем огромную благодарность руководству и коллективу ГАУЗ «РНД МЗ РТ» за предоставленную возможность провести выкопировку необходимых данных для исследования и использовать для анализа статистические отчеты диспансера.

### **2.3 Маркетинговый анализ ассортимента лекарственных препаратов детоксикационной терапии наркологических больных**

Правильная фармакотерапия наркологических заболеваний во многом зависит от своевременной коррекции факторов риска на основе имеющегося в наркологическом стационаре ассортимента лекарственных препаратов, который напрямую зависит от насыщенности фармацевтического рынка [64, 86, 94, 96].

В исследовании был проведен анализ ассортимента ЛПДТ, зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС) России, на региональном фармацевтическом рынке и в наркологических стационарах Республики Татарстан.

Первоначально была создана информационная база о зарегистрированных в России лекарственных препаратах для детоксикационной терапии на основе стандартов медицинской помощи в наркологии и данных о регистрации ГРЛС, листов назначений ОРИТ (696), а также научных публикаций [1] (рис. 2.2).

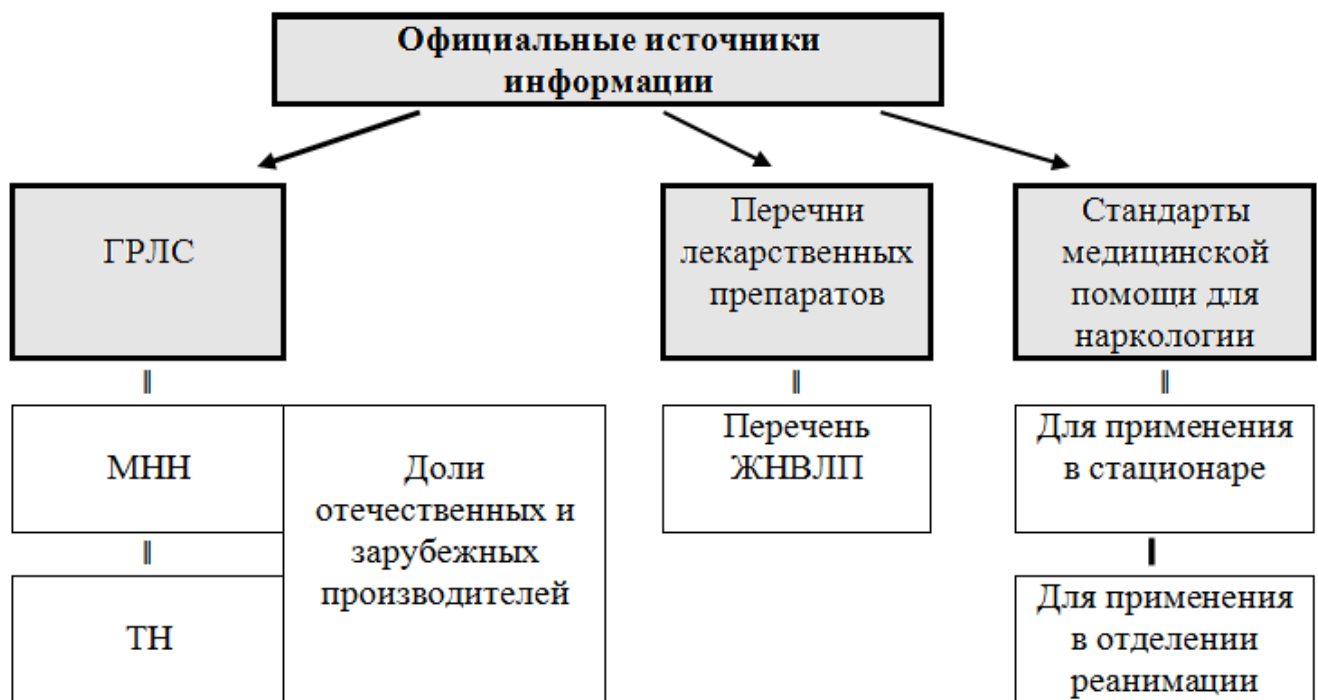


Рисунок 2.2 – Схема создания информационной базы о зарегистрированных в России лекарственных препаратах для детоксикационной терапии

В результате исследования прайс-листов трех оптовых поставщиков (дистрибьюторских компаний «Протек 10», «СИА Интернейшнл-Казань» и «Катрен») была сформирована информационная база ЛПДТ на фармацевтическом рынке Республики Татарстан.

Анализ структуры ассортимента ЛПДТ аптечной организации наркологического стационара был проведен на основе изучения лекарственного ассортимента ГАУЗ «РНД МЗ РТ» как представителя регионального уровня. Первичной документацией явились данные по закупке ГУП «Таттехмедфарм» для ГАУЗ «РНД МЗ РТ», требования-накладные отделения реанимации и интенсивной терапии ГАУЗ «РНД МЗ РТ» (30 шт.).

Далее была проведена систематизация ассортимента ЛПДТ по классификационным характеристикам, в соответствии с концепцией маркетингового анализа (фармакотерапевтические группы, МНН, ТН, количество лекарственных препаратов и лекарственных форм, однокомпонентные и комбинированные, отношение к списку ЖНВЛП, доля отечественных и зарубежных производителей, по отдельным странам и фирмам-производителям).

По результатам исследования был составлен ассортиментный контур ЛПДТ, зарегистрированных в России и имеющих на фармацевтическом рынке Республики Татарстан.

Так же была проведена систематизация ассортимента ЛПДТ аптечной организации наркологического стационара по определенным выше классификационным характеристикам, кроме того были рассчитаны индексы обновления ассортимента, а так же показатели ассортимента (глубина, полнота, ширина и устойчивость ассортимента).

Расчет основных показателей ассортимента ЛП детоксикационной терапии был проведен по формулам:

- расчета *показателя широты* ассортимента (коэффициента широты  $K_{ш}$ )

$$K_{ш} = Ш_{факт.}/Ш_{баз.} \quad (2.1),$$

где  $Ш_{факт.}$  – широта фактическая – количество групп товаров, имеющих в аптечной организации;

$Ш_{баз.}$  – широта базовая – количество групп, представленных в ГРЛС;

- расчета *показателя глубины* ассортимента (коэффициент глубины  $K_{г}$ )

$$K_{г} = Г_{факт.}/Г_{баз.} \quad (2.2),$$

где  $Г_{факт.}$  – глубина фактическая – количество наименований ЛП, имеющих в наличии в аптечной организации;

$Г_{баз.}$  – глубина базовая – количество наименований ЛП, представленных в ГРЛС;

- расчета *показателя полноты* ассортимента (коэффициент широты  $K_{п}$ )

$$K_{п} = П_{факт.}/П_{баз.} \quad (2.3),$$

где  $П_{факт.}$  – полнота фактическая – количество наименований ЛФ одного ЛП, которые имеются в наличии;

$П_{баз.}$  – полнота базовая – количество наименований ЛФ одного ЛП, представленного в ГРЛС;

- расчета *коэффициента устойчивости* ассортимента

$$K_{уст} = A_i/A_{б} \quad (2.4),$$

где:  $A_i$  – среднее количество ассортиментных позиций ФТГ за базовый период;

$A_{б}$  – среднее количество ассортиментных позиций ФТГ за последующий исследуемый период;

- расчета *индекса обновления* ( $J_0$ )

$$J_0 = m/M \quad (2.5),$$

где  $m$  – число новых препаратов (за исследуемый период);

$M$  – общее число средств в группе.

Далее был проведен сравнительный анализ изучаемого ассортимента ЛП, зарегистрированных в России, представленного на фармацевтическом рынке Республики Татарстан и фактически используемого в РНД.

#### **2.4 Изучение современного состояния лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в стационарах Республики Татарстан**

Для изучения порядка формирования ассортиментного списка ЛП для ИДТ в наркологических стационарах РТ было проведено неформализованное интервьюирование фармацевтического персонала ГАУЗ «РНД МЗ РТ».

С целью выявления врачебных предпочтений при назначении ЛПДТ изучена оценка их потребительских свойств врачами-наркологами ОРИТ наркологических диспансеров; разработана анкета, состоящая из двух блоков (приложение В, таблица В.5). Проанкетировано 33 врача-эксперта (генеральная совокупность – 36 врачей наркологов), что обеспечивает репрезентативность выборки с достоверностью 95% [52].

Коэффициенты компетентности эксперта, коэффициенты весомости показателей оценки ЛПДТ, средневзвешенные оценки потребительских свойств ЛПДТ, коэффициенты конкордации и вариации экспертных оценок рассчитывали по общепринятым методикам [52].



Проведен анализ стандартов специализированной медицинской помощи при состояниях, вызванных употреблением психоактивных веществ (утв. Приказом МЗ РФ от 4 сентября 2012 г.) - №125н, 126н, 129н, 131н, 135н, использующихся в отделениях реанимации наркологических стационаров [46, 160].

В исследовании данные о ЛС, входящих в состав перечней стандартов лечения в наркологии, предназначенных для детоксикационной терапии, были систематизированы по группам АТС классификации.

В процессе исследования была проведена выкопировка, систематизация, анализ и сравнение 650 листов назначений больных ОРИТ пяти бюджетных наркологических стационаров в городах Казань, Набережные Челны, Альметьевск, Зеленодольск и Нижнекамск, а так же 46 больных клиники негосударственной формы собственности г. Казани. Для исследования нами использовалась вся (100%) совокупность листов назначений пациентов в тяжелом состоянии, пролеченных в ОРИТ наркологических стационаров, которым по листам назначений проводилась инфузионно-детоксикационная терапия за период с января 2011 по январь 2016 гг. (696 чел.).

В данной работе не подразумевалось вмешательство в терапию, а анализируемые схемы ИДТ были безопасными, полезными, без побочных эффектов и одинаковыми по своей клинической эффективности, но разными по влиянию на показатели работы койки отделения реанимации.

Под клинической эффективностью ИДТ понимали устранение угрожающих жизни состояний [17, 22, 40, 51, 85, 117, 121].

Оценка тяжести состояния пациентов – это немаловажная проблема, с которой сталкиваются врачи ОРИТ, поскольку это определяет не только перевод больного в то или иное отделение стационара, но и существенно сказывается на стоимости проводимого лечения. Расходы на содержание ОРИТ достигают 20% общебольничных финансовых затрат [110].

В качестве критерия оценки результатов лечения и качества жизни пациентов отделения ОРИТ нами была использована шкала АРАСНЕ II (Приложение В, таблица В.1, В.2), применяющаяся в ОРИТ для объективной

стандартизация степени тяжести состояния пациента. В настоящее время опубликовано около двадцати шкал оценки степени тяжести состояния пациентов стационара, однако в ОРИТ широко используется шкала АРАСНЕ II. Пациенты анализируемой когорты помещались в палату ОРИТ при значении степени тяжести состояния более 8, а переводились в палату отделения стационара при значении менее 5 баллов по шкале АРАСНЕ II.

Полученные сведения о назначениях были систематизированы и выявлены повторяющиеся комбинации ЛПДТ – схемы инфузионно-детоксикационной терапии (13 схем) (Приложение Б, таблица Б.10).

Ассортиментный перечень ЛПДТ в схемах инфузионно-детоксикационной терапии был проанализирован на соответствие стандартам лечения и перечню ЖНВЛП.

В исследовании была проведена экспертная оценка выявленных схем ИДТ врачами-наркологами отделений реанимации наркологических стационаров негосударственной формы собственности, для чего была составлена авторская анкета (Приложение В). Количество врачей-экспертов, обеспечивающее репрезентативность выборки, рассчитывали с применением калькулятора расчета размера выборки, в котором заложены следующие формулы [52]:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1 - p)}{c^2} = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}{0,05^2} = 384$$

где  $n$  – размер выборки;

$p$  – доля успехов в генеральной совокупности (в исследовании равна 0,5);

$Z$  – значение стандартизированной нормально распределенной случайной величины (в исследовании равно 1,96);

$c$  – доверительный интервал 0,05 (при  $\pm 5\%$ ).

Корректировка для малой совокупности проводилась по формуле 2.6:

$$n_0 = \frac{n}{1 + (n - 1)/N} = \frac{384}{1 + (384 - 1)/12} = 12$$

где  $n_0$  – скорректированная выборка;

$n$  – размер выборки;

$N$  – генеральная совокупность (всего респондентов).

Согласно расчетам и с целью обеспечения репрезентативности выборки, нами была использовано 12 анкет врачей-специалистов, проводящих инфузионно-детоксикационную терапию в наркологических стационарах.

Для каждого из респондентов был рассчитан коэффициент компетентности (К) по формуле:

$$K = 1/10 \times \frac{З + А + С}{3} \quad (2.7),$$

где  $A$  - источник аргументации эксперта по анализируемой схеме;

$З$  - степень знакомства эксперта с применением анализируемой схемы;

$С$  - стаж работы эксперта.

Коэффициенты весомости ( $m_i$ ) по показателю эффективности, частоты назначения и безопасности были рассчитаны по формуле [52]:

$$m_i = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^k \frac{M_{ji}}{\sum_{i=1}^n M_{ji}} \quad (2.8),$$

где  $n$  - число экспертов в исследовании;

$M_{ji}$  - оценка  $i$ -го показателя качества (в баллах), поставленная  $j$ -м экспертом;

$k$  - число показателей качества в исследовании.

С целью оценки схем инфузионно-детоксикационной терапии по комплексу параметров нами была использована шкала оценивания, которая приведена в анкете (Приложение В). На основании данных собранных анкет были рассчитаны «Средневзвешенные оценки» схем ИДТ по формуле [52]:

$$C = \frac{\sum C_{ji} \times K}{\sum n} \quad (2.9),$$

где  $S$  – средневзвешенные бальные оценки каждой схемы ИДТ по указанному параметру;

$K$  - коэффициент компетентности эксперта;

$S_{ji}$  – бальная оценка отдельного эксперта по каждому параметру (0-4);

$n$  – число экспертов.

В исследовании проводили проверку согласованности мнений экспертов при проведении ранжирования ЛПДТ и рассчитывали  $W$  - коэффициент конкордации [52]:

$$W = \frac{12 \times S}{n^2 (k^3 - k)} \quad (2.10),$$

где  $k$  - количество оцениваемых параметров (в исследовании  $n = 3$ );

$S$  - сумма квадратов отклонений сумм рангов каждого ЛПДТ от среднего арифметического рангов;

$n$  - число экспертов.

С целью оценки однородности группы респондентов по уровню компетентности в исследовании был рассчитан коэффициент вариации ( $K_v$ ) [52]:

$$K_v = \frac{\sigma}{M} \times 100\% \quad (2.11),$$

где  $M$  – средний показатель компетентности экспертов;

$\sigma$  – среднеквадратическое отклонение.

## **2.5 Разработка предложений по оптимизации лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии на региональном уровне (на примере Республики Татарстан)**

На данном этапе исследования проведен фармакоэкономический анализ схем инфузионно-детоксикационной терапии отравлений ПАВ в отделении реанимации наркологических стационаров Республики Татарстан.

Для проведения ФЭА схем инфузионно-детоксикационной терапии эффективность в исследовании рассматривалась в двух аспектах: клиническом и экономическом. Клиническая эффективность схем ИДТ была одинаковая по шкале оценки тяжести состояния больного АРАСНЕ II. Экономическая эффективность схем ИДТ была различной.

В работе был обоснован выбор критерия экономической эффективности – функция больничной койки (ФБК), который обладает наибольшей убедительностью для администрации наркологической клиники, принимающей решения. Показатель использования коечного фонда – ФБК (среднее число дней занятости койки в году) отражает как медицинскую, так и экономическую составляющую работы больницы [8].

В исследовании показатель ФБК был рассчитан делением среднегодовой занятости койки (Д) на среднее число дней пребывания больного на больничной койке (П) [9].

В данном анализе среднее число дней пребывания больного на койке рассчитывали делением суммы койко-дней (К) всех пациентов ОРИТ, пролеченных по конкретной схеме ИДТ на количество больных (N):

$$П = К / N \quad (2.12).$$

Таким образом, ФБК рассчитывали по формуле:

$$ФБК = Д / П = Д \cdot N / К \quad (2.13).$$

Норматив среднегодовой занятости койки (Д) ОРИТ 280 дней в году был обусловлен спецификой организационных требований – особенностью реанимационной асептики и сохранением резервных коек для срочной госпитализации [46].

В представленном фармакоэкономическом анализе был использован incidence-подход с учетом затрат, связанных с началом острого отравления до полного купирования симптомов интоксикации и нормализации функциональных показателей. Непрямые затраты (indirect costs) – затраты, которые связаны с утратой трудоспособности пациента (или смертью) и с производственными

потерями [35] в данном исследовании не учитывались, так как рассчитывалась стоимость только одного этапа лечения наркологических больных.

К нематериальным затратам (intangible costs) относят страдание, изменение аппетита, боль и т.п. [177], они так же в данном фармакоэкономическом анализе не рассчитывались в связи с отсутствием возможности количественно их измерить в денежном выражении. Учет в исследовании только прямых затрат на ИДТ обусловлен их востребованностью при принятии решений организаторами здравоохранения [184].

К прямым затратам (direct costs) были отнесены затраты, приходящиеся непосредственно на медицинскую помощь: расходы на лабораторно-диагностические услуги, фармакотерапию, медицинские манипуляции, консультации врачей, стоимость койко-дня. Использование комплекса формул позволило рассчитать затраты на инфузионно-детоксикационную терапию в отделении реанимации:

1) Прямые затраты на ИДТ были рассчитаны по формуле (2.14):

$$\text{Cost}_{\text{ИДТ}} = \text{Cost}_{\text{ЛП}} + \text{Cost}_{\text{РММ}} + \text{Cost}_{\text{ОРИТ}},$$

где  $\text{Cost}_{\text{ЛП}}$  – затраты на ЛП для ИДТ по определенной схеме, руб.,

$\text{Cost}_{\text{РММ}}$  – затраты на РММ для ИДТ по определенной схеме, руб.,

$\text{Cost}_{\text{ОРИТ}}$  – затраты на койко-день в ОРИТ, руб.

2) Расчет затрат на фармакотерапию проводили по формуле (2.15):

$$\text{Cost}_{\text{ЛП}} = \sum (D_{\text{ЛП}} \times \text{Ч}_{\text{ЛП}} \times \text{Cost}_{\text{ЛП}_{1\text{мг}}}),$$

где  $D_{\text{ЛП}}$  – доза ЛП на прием, мг,

$\text{Ч}_{\text{ЛП}}$  – число приемов ЛП для ИДТ по определенной схеме,

$\text{Cost}_{\text{ЛП}_{1\text{мг}}}$  – затраты на 1 мг ЛП, руб.

3) Расчет затрат на РММ проводили по формуле (2.16):

$$\text{Cost}_{\text{РММ}} = \sum (K_{\text{РММ}} \times \text{Cost}_{\text{РММ}}),$$

где  $K_{\text{РММ}}$  – количество назначений медицинской услуги для схемы ИДТ,

$\text{Cost}_{\text{РММ}}$  – стоимость медицинской услуги, руб.

Для расчета прямых медицинских затрат были суммированы затраты на фармакотерапию, расходные медицинские материалы (РММ) и стоимость койко-дня в отделении реанимации.

Для оценки стоимости ИДТ были использованы прайс-листы оптовых поставщиков (дистрибьюторских компаний «Протек 10», «СИА Интернейшнл-Казань» и «Катрен»), тарифное соглашение о порядке оплаты медицинской помощи, оказанной за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета РТ на 2016 год [16].

Стоимость медицинской услуги была рассчитана исходя из нормативных затрат на расходные медицинские материалы (шприц, инфузионная система, ватные тампоны, дезинфицирующее средство, спирт 70%, перчатки резиновые) и составила для внутривенной инъекции 18,96 руб.; внутримышечной инъекции – 18,54 руб.; внутривенного капельного введения – 27,61 руб. [16].

На основе методологического аппарата для проведения ФЭА [177, 178] общеизвестные формулы были адаптированы применительно к инфузионно-детоксикационной терапии.

Показатель «затраты-эффективность» (cost-effectiveness analysis) в настоящем исследовании был использован для сравнения разницы стоимости инфузионно-детоксикационной терапии с разной эффективностью [154].

Расчет для каждой терапевтической схемы был выполнен отдельно и представлен как затраты на единицу эффективности.

В исследовании было определено соотношение «затраты-эффективность» (CER) по формуле (2.17):

$$CER = Cost_{ИДТ/г} / \text{ФБК},$$

где  $Cost_{ИДТ/г}$  – годовой бюджет изучаемой технологии,

ФБК – количество пациентов, которое обслужила одна койка ОРИТ в год.

Частным случаем анализа «затраты-эффективность» является анализ «минимизации затрат» (cost-minimization analysis) при одинаковой эффективности сопоставляемых терапевтических схем [178].

В данном исследовании метод «минимизации затрат» позволил выбрать менее затратное лечение при одинаковой эффективности.

Результаты ФЭА были использованы для моделирования путей оптимизации лекарственного обеспечения больных ОРИТ при инфузионно-детоксикационной терапии и определения приоритетных направлений в снижении финансовых затрат на лечение.

Одной из частей полной экономической оценки использования инновационной схемы ИДТ в наркологии является анализ «влияния на бюджет» (budget impact analysis). Полученный результат анализа - это денежная сумма, дополнительно используемая в лечении [36, 37, 106].

Для наглядности были рассчитаны показатели «упущенных возможностей» (Q) при терапии отравлений ПАВ менее затратными технологиями по формуле:

$$Q = \Delta C_{\text{ИДТ}} / C_{\text{lowИДТ}} \quad (2.18),$$

где  $\Delta C_{\text{ИДТ}}$  – экономия денежных средств при применении менее затратной технологии в лечении отравлений ПАВ, руб.,

$C_{\text{lowИДТ}}$  – затраты на лечении отравлений ПАВ менее затратной технологией, руб.

В случае оценки влияния неопределенных переменных на достоверность результатов обычно выполняется анализ чувствительности [178]. В данном исследовании был проведен однофакторный анализ чувствительности, в котором варьировалась только одна переменная - годовой бюджет схемы ИДТ, который был изменен в интервале от +5% до -5%.



### **ГЛАВА 3. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РОССИИ И РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

Наркологические заболевания представляют серьезную угрозу в связи с эпидемическим характером их распространения среди подростков и женщин, ростом числа венерических заболеваний, ВИЧ, гепатита, туберкулеза среди потребителей ПАВ, а так же в связи с увеличением смертности от передозировки наркотиков. То есть, масштабы потребления ПАВ затрагивают вопросы национальной безопасности страны [23, 54, 81, 128, 146, 228].

Анализ общей заболеваемости наркологическими расстройствами в России и РТ в данном исследовании проводился с применением контент-анализа официальных источников информации, статистического анализа, систематизации и сравнения. Были применены подходы, обозначенные в программе проведения исследования: для РФ анализировались данные Росстата, для РТ – статистические данные отчетов РНД за 2009-2013 годы.

#### **3.1 Анализ общей заболеваемости наркологическими расстройствами в России**

В данном исследовании были рассмотрены статистические данные по общей заболеваемости наркологическими расстройствами в расчете на 100 тысяч населения. Установлено, что количество больных, зарегистрированных в наркологических стационарах России, в основном имеет тенденцию к уменьшению. Исключение составил показатель «злоупотребление наркотиками», который в 2012 году составлял 140,33, а в 2013 году – 144,60 случаев на 100 тыс. населения (рис. 3.1).

В России в 2013 году был зарегистрирован показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами 1968,80, а в 2012 году данный показатель был 2041,16 случаев на 100 тысяч населения.

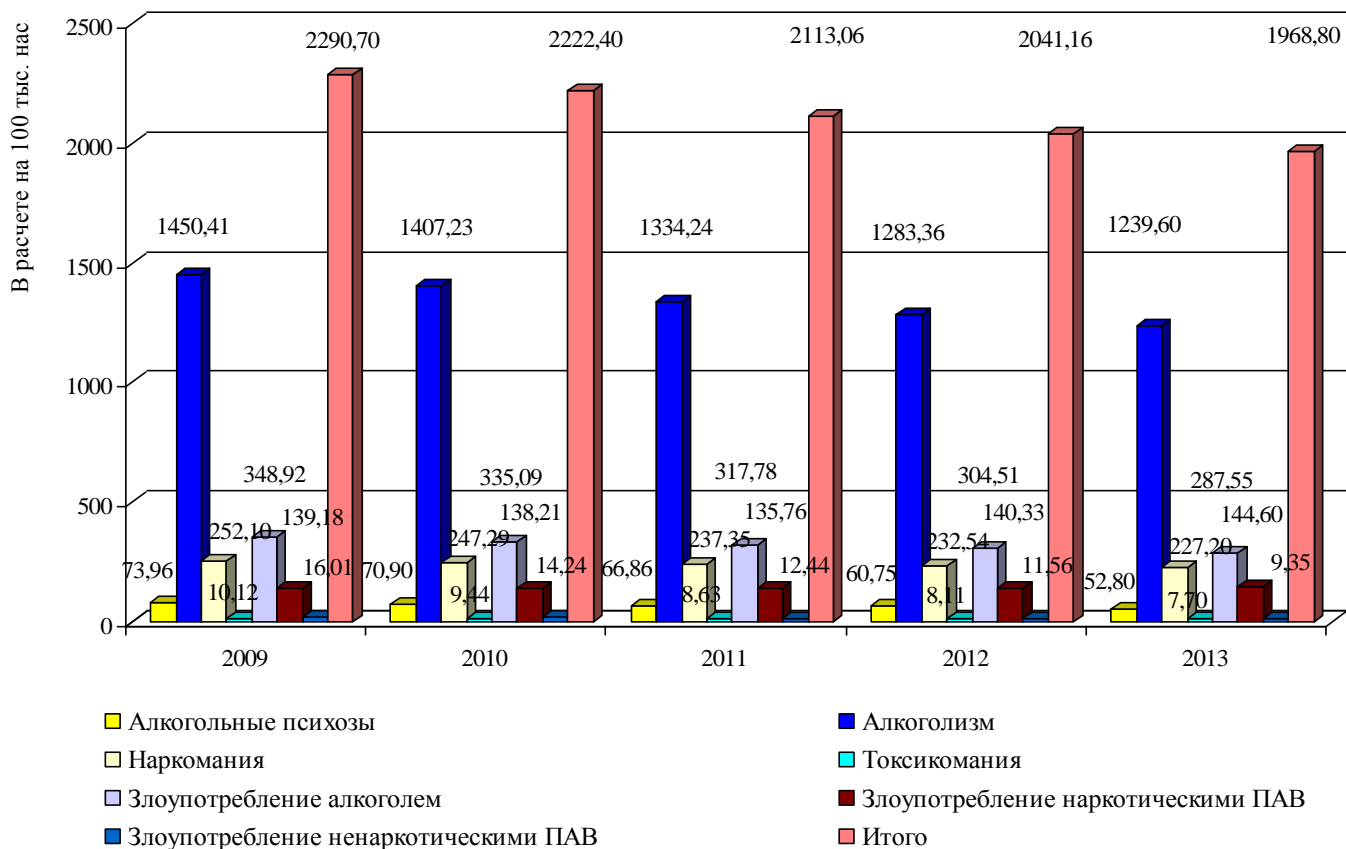


Рисунок 3.1 – Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами в России за период 2009-2013 годы

Установлено, что в России за период 2009-2013 гг. общая заболеваемость наркологическими расстройствами уменьшилась на 14,1%, а в 2013 году (по сравнению с 2012 годом) уменьшилась на 3,5%.

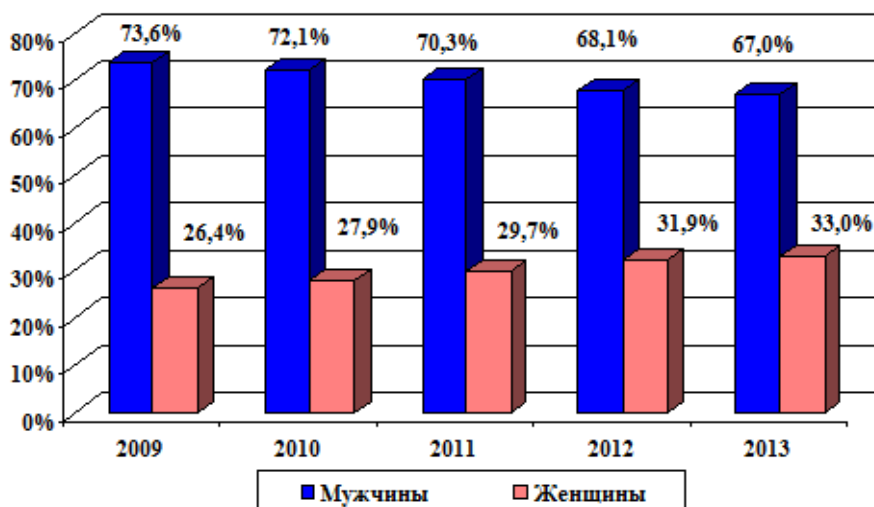


Рисунок 3.2 – Распределение по половому признаку больных наркологическими расстройствами в России

По данным статистики в России среди больных наркологическими расстройствами преобладали мужчины (рис. 3.2).

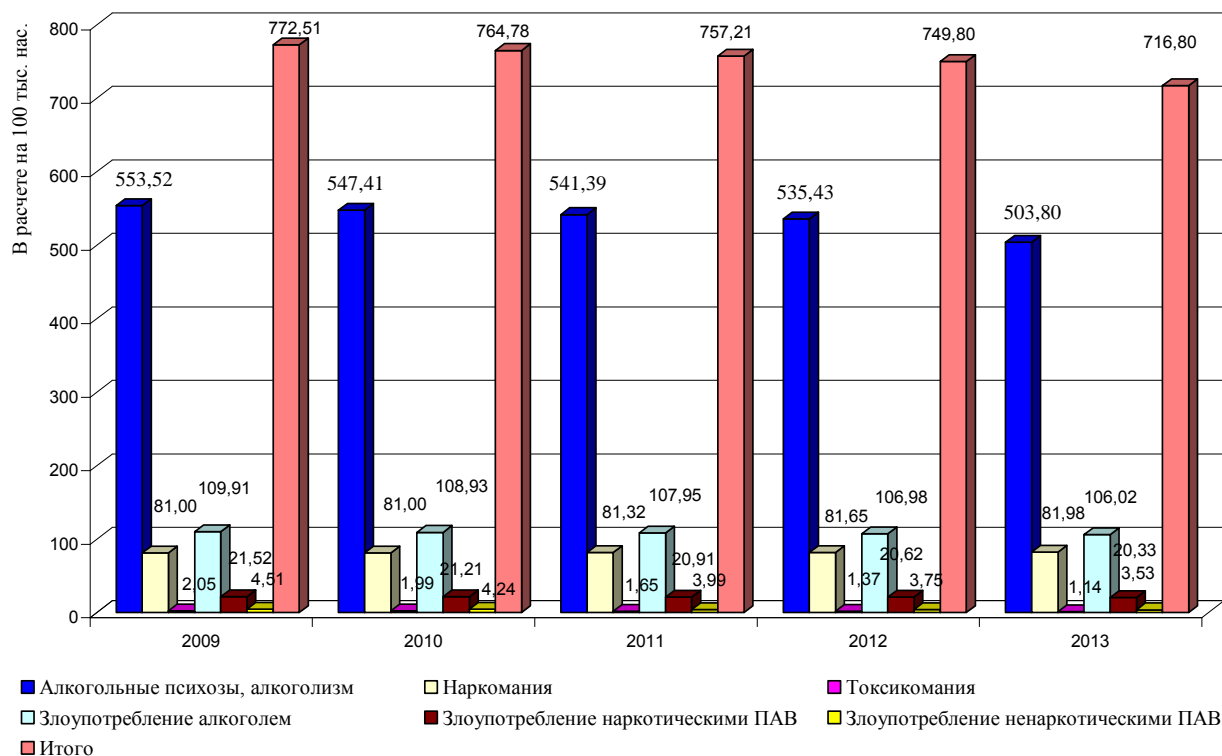


Рисунок 3.3 – Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами среди женщин в России

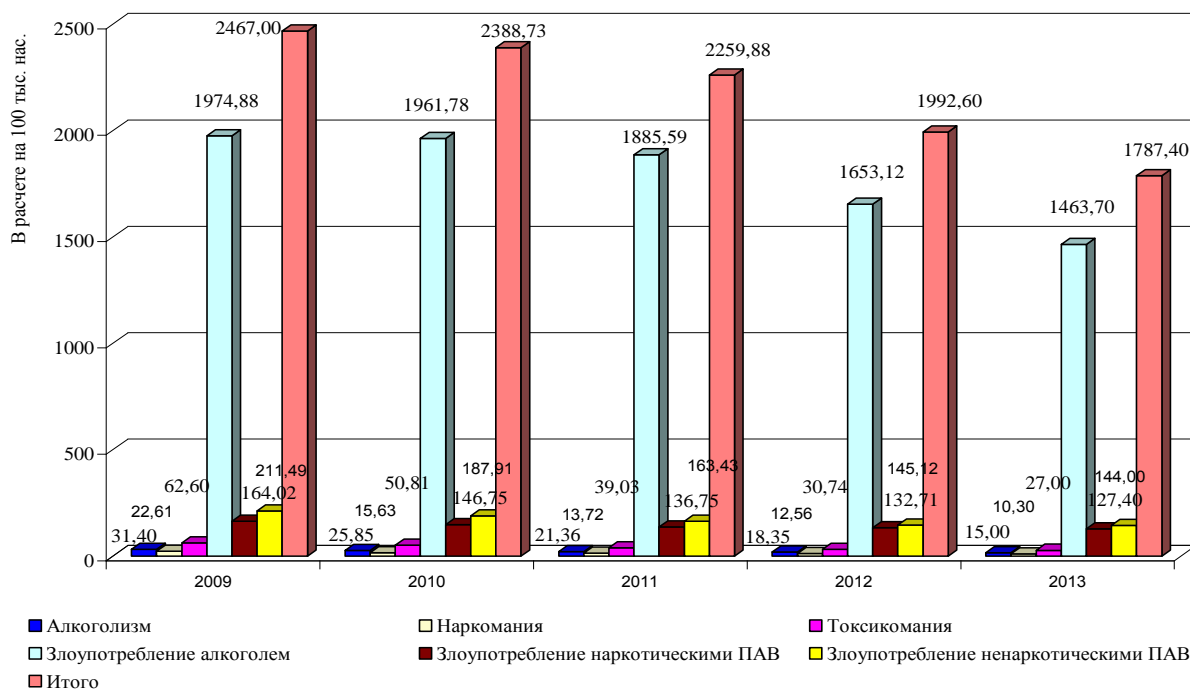


Рисунок 3.4 – Показатели заболеваемости наркологическими расстройствами среди подростков в России

Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами среди женщин в России за 2009-2013 гг. представлены на рис. 3.3.

Результаты исследования показали, что наркологические расстройства среди женщин в России в основном снижаются, кроме показателя «наркомания».

Так же в исследовании установлено, что в России среди детей и подростков снизились показатели заболеваемости по всем наркологическим патологиям.

На рисунке 3.4 показаны показатели заболеваемости наркологическими расстройствами среди подростков 15-17 лет. Установлено, что среди подростков уменьшилось злоупотребление алкоголем на 25,9%, а по алкоголизму, наркомании и токсикомании показатели снизились практически в 2 раза. Среди детей 10-14 лет за исследуемый период увеличилось злоупотребление алкоголем (+2,64%) это говорит о напряженной ситуации в данной категории несовершеннолетних.

### **3.2 Анализ общей заболеваемости наркологическими расстройствами в Республике Татарстан**

Аналогичные исследования наркологической ситуации были проведены в Республике Татарстан с использованием статистических данных отчетов РНД МЗ РТ [165]. Установлено, что за период 2009-2013 гг. в РТ наблюдалось увеличение заболеваемости наркологическими расстройствами. Исключение составили показатели «алкоголизм» и «злоупотребление ненаркотическими ПАВ», так как по ним наблюдалось уменьшение заболеваемости (рис. 3.5).

Темпы прироста наркологических расстройств по РТ за один год (2012-2013 годы) составили 1,18%, а за пятилетний период (2009-2013 гг.) – 1,82%.

По Республике Татарстан наблюдалось снижение наркологических расстройств среди женского населения за 2013 год по отношению к 2012 году (-0,57%). Однако за пятилетний период количество лиц с наркологическими расстройствами среди женщин увеличилось (+4,20%) (рис. 3.6).

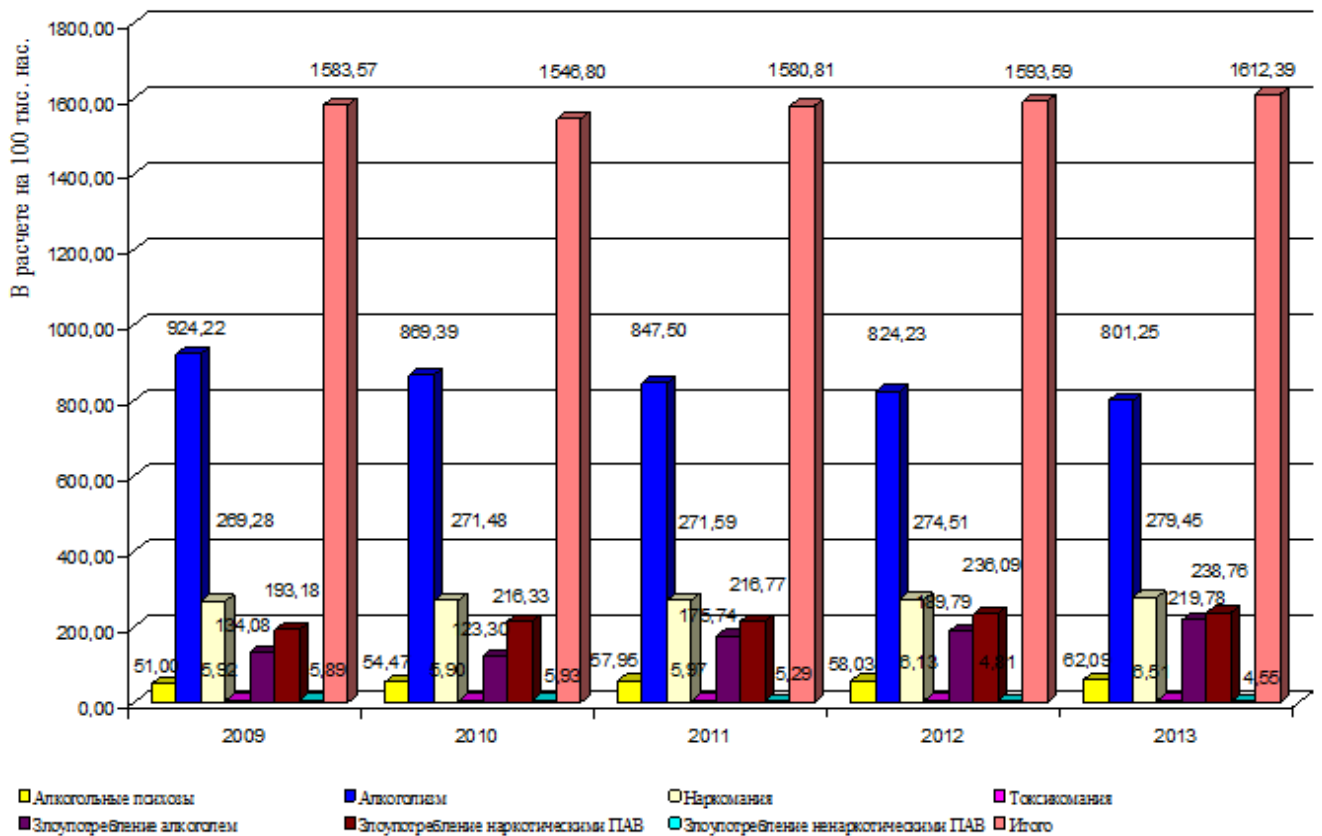


Рисунок 3.5 – Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами в РТ в динамике 2009-2013 годы

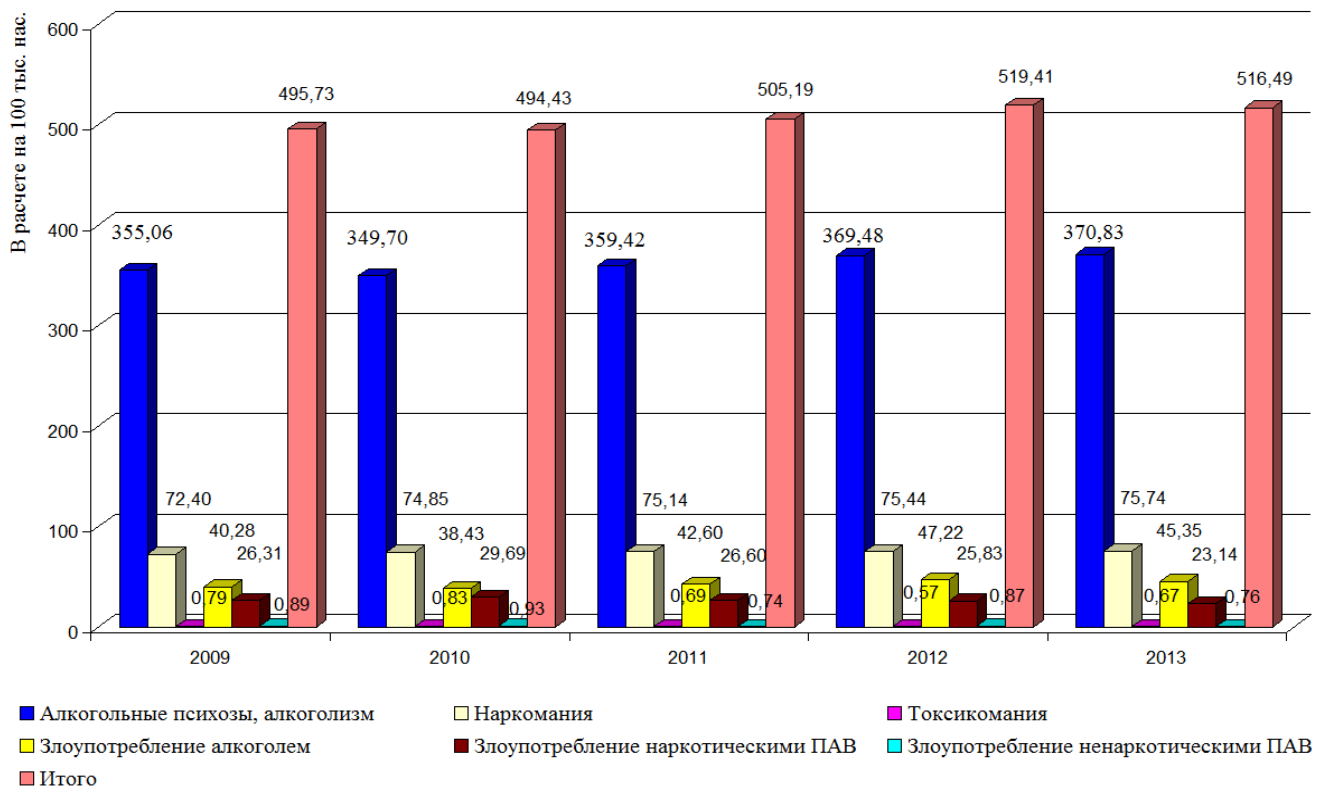


Рисунок 3.6 – Показатели наркологических расстройств среди женского населения Республики Татарстан за период 2009-2013 годы в расчете на 100 тыс. населения

Вырос женский контингент с алкогольной патологией (+4,25%) и больных наркоманией (+4,41%). Следует отметить, что уменьшилось количество женщин больных токсикоманией (-17,91%) и злоупотребляющих наркотическими (-13,7%) и ненаркотическими ПАВ (-17,11%).

По РТ наблюдалось снижение наркологических расстройств среди сельского населения за 2013 год по отношению к 2012 году (-4,99%) (рис. 3.7).

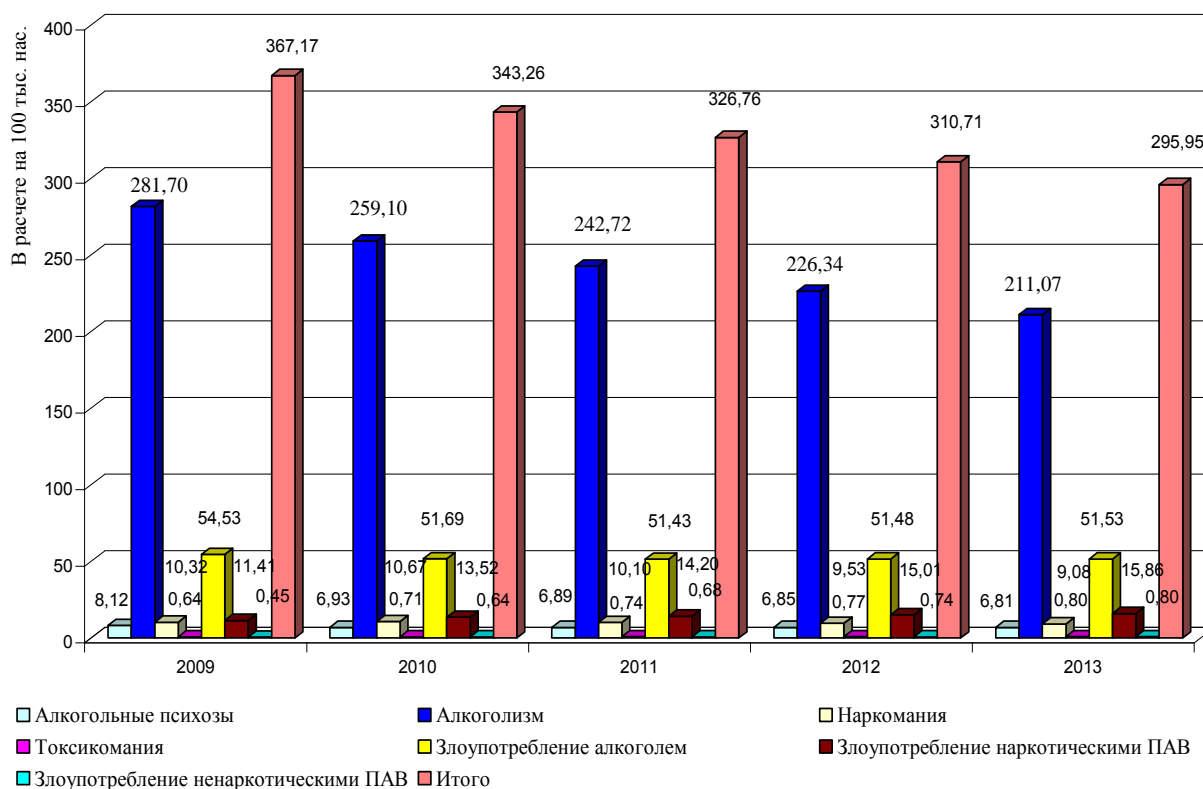


Рисунок 3.7 – Показатели наркологических расстройств среди сельского населения РТ за период 2009-2013 годы в расчете на 100 тыс. населения

За период 2009-2013 гг. количество лиц с наркологическими расстройствами среди сельчан уменьшилось (-24,07%). Возможно, это связано с оттоком сельского населения в крупные города РТ.

Особую тревогу вызывает рост на селе за пятилетие количества больных токсикоманией (+19,58%) и лиц, злоупотребляющих наркотическими (+28,08%) и ненаркотическими ПАВ (+43,58%).

На рис. 3.8. и 3.9 отражены показатели наркологических расстройств среди несовершеннолетних.

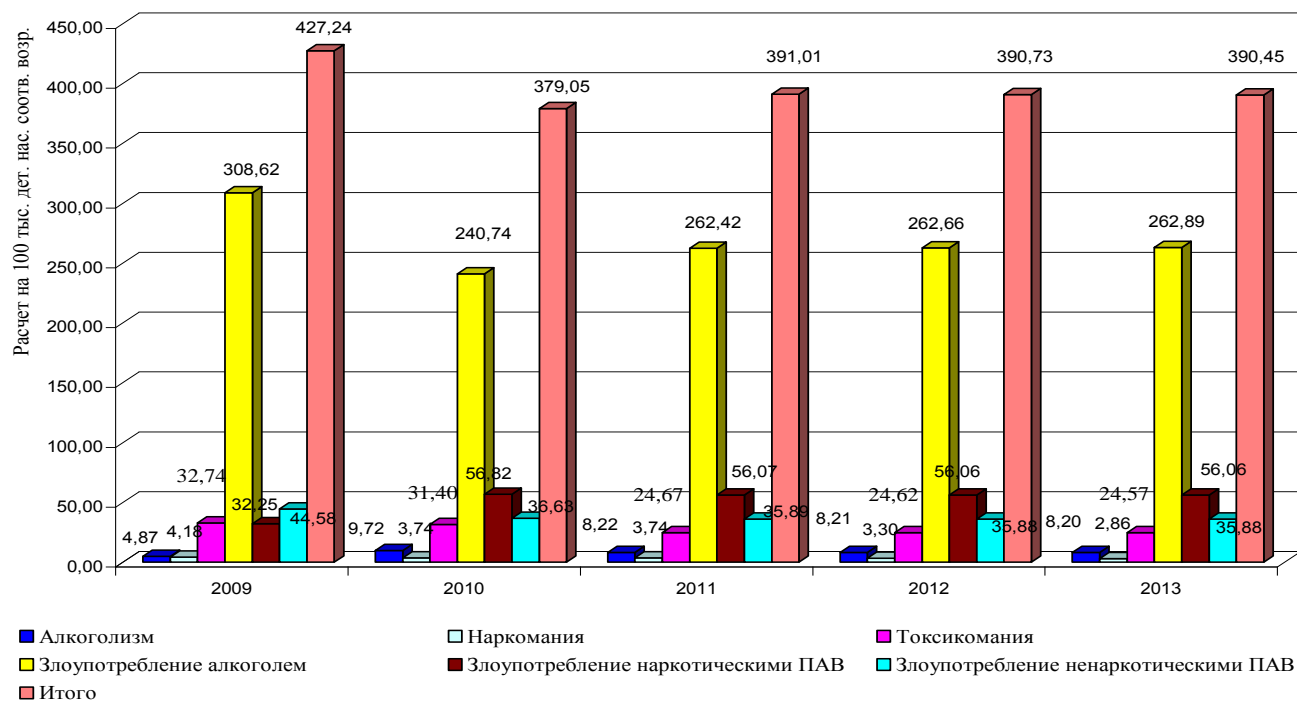


Рисунок 3.8 – Показатели нарколологических расстройств среди подростков 15-17 лет в Республике Татарстан за период 2009-2013 годы

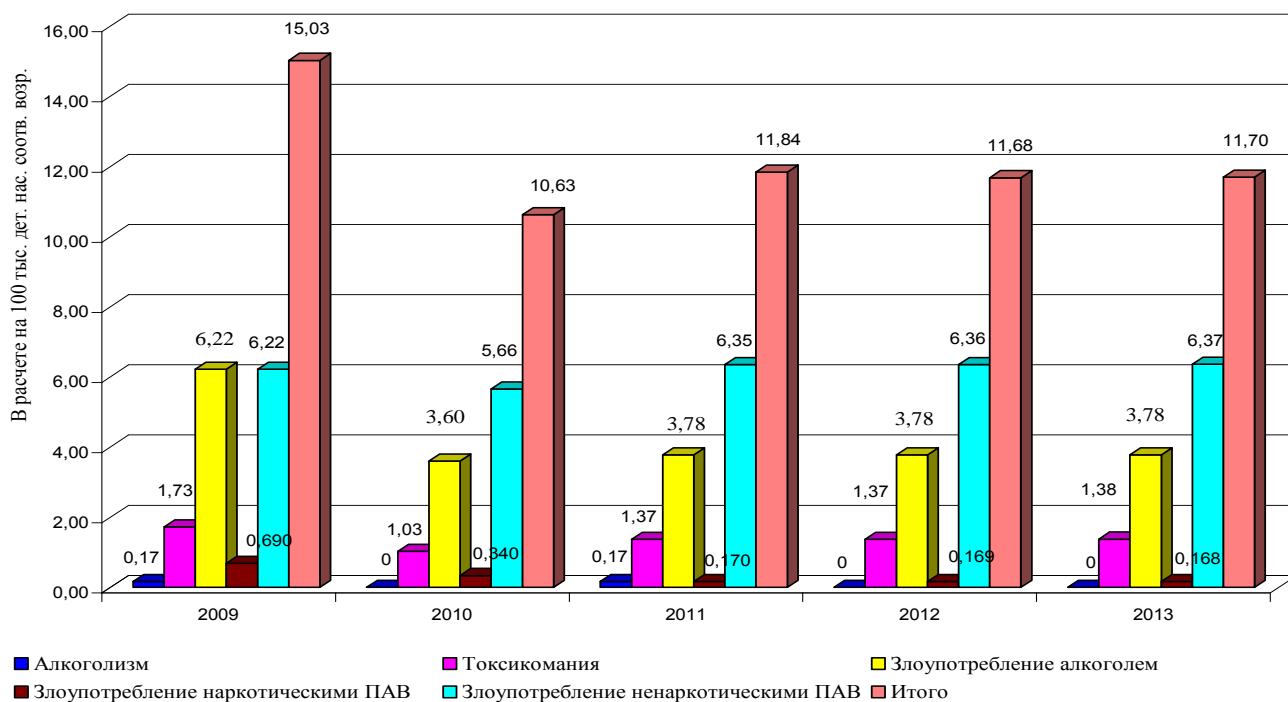


Рисунок 3.9 – Показатели нарколологических расстройств среди детей 10-14 лет в Республике Татарстан в расчете на 100 тыс. детского населения соответствующего возраста

Несмотря на снижение общих показателей за пятилетие, как в детской (-22,18%), так и в подростковой (-8,61%) группах, существует проблема активного приобщения детей к злоупотреблению ненаркотическими ПАВ (+2,34%), а подростков – к алкоголю (+68,28%) и злоупотреблению наркотиками (+73,83%).

Следует отметить, что подростковое населения требует повышенного внимания, так как оно может способствовать увеличению наркологических заболеваний в Республике Татарстан [101, 103].

### 3.3 Сравнительный анализ заболеваемости наркологическими расстройствами

С использованием экономико-статистических методов анализа в исследовании проводили сравнение суммарных показателей наркологических расстройств в России и Республике Татарстан за период 2009-2013 годы (рис. 3.10).

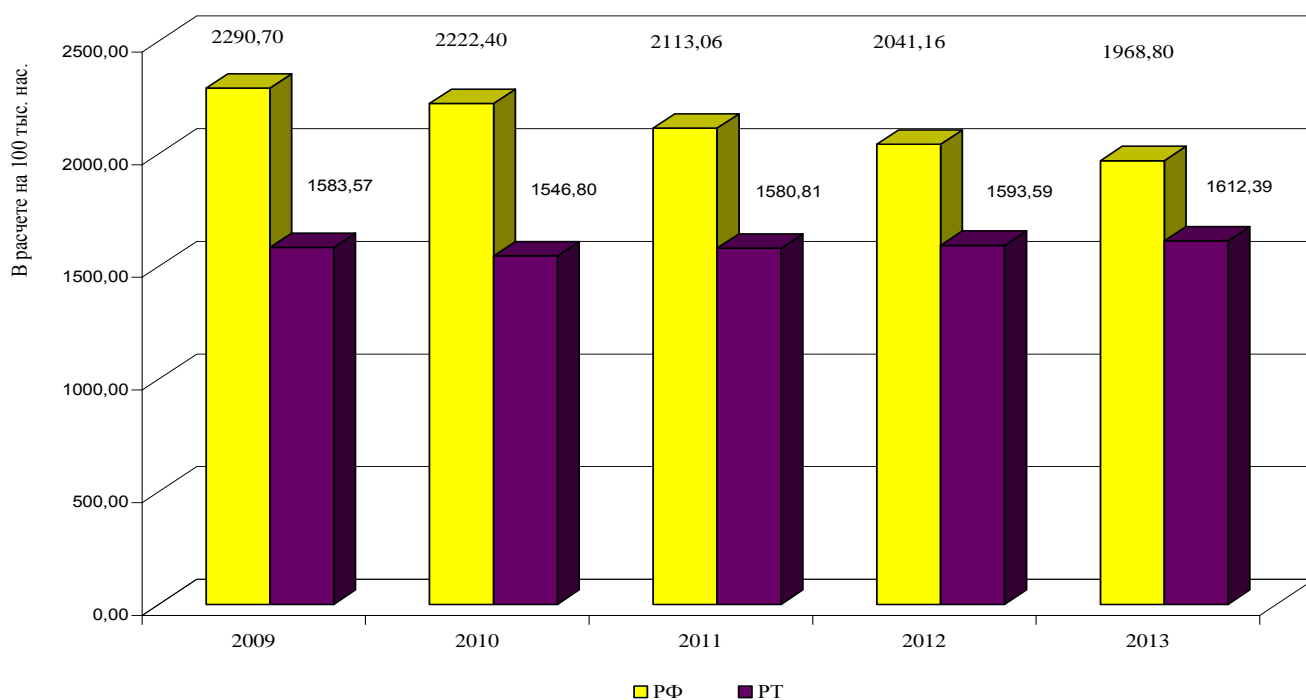


Рисунок 3.10 – Сравнение суммарных показателей наркологических расстройств в России и Республике Татарстан за период 2009-2013 годы

Исследование показало, что в России общее количество наркологических расстройств уменьшилось в 1,16 раза, а в РТ увеличилось в 1,02 раза.



В России за пятилетие на фоне уменьшения общих показателей заболеваемости наркологическими расстройствами наблюдалось увеличение числа лиц злоупотребляющих наркотиками (+3,9%). В Республике Татарстан на фоне увеличения показателей заболеваемости наркологическими расстройствами уменьшалось число лиц страдающих алкоголизмом (-13,31%) и злоупотребляющих ненаркотическими ПАВ (-22,75%) (рис. 3.11).

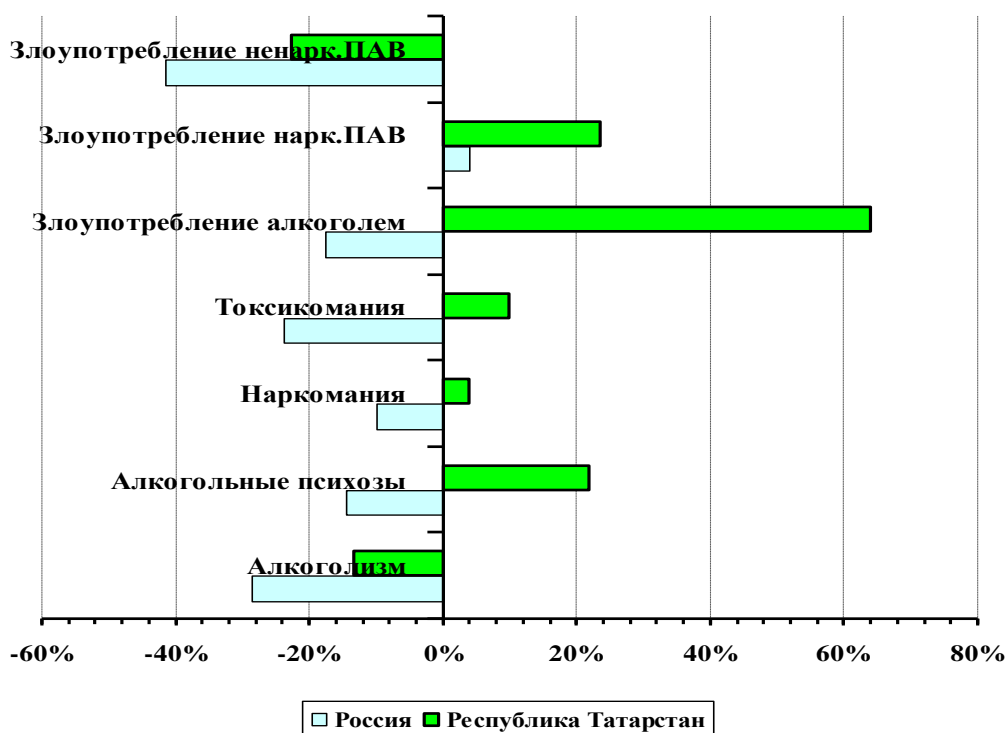


Рисунок 3.11 – Наркологическая ситуация в России и Республике Татарстан

Результаты сравнительного анализа числовых показателей наркологической ситуации в России и в РТ представлены в таблице 3.1.

По России число больных алкоголизмом уменьшилось на 28,6%, алкогольными психозами на 14,5%, злоупотребляющих алкоголем на 17,6%, наркоманией на 9,9%, токсикоманией на 23,9%, злоупотребляющих ненаркотическими ПАВ на 41,6%. В то же время, количество лиц злоупотребляющих наркотиками увеличилось на 3,9%.

По Республике Татарстан увеличилось количество алкогольных психозов (+21,75%), больных наркоманией (+3,78%), токсикоманией (+9,97%), злоупотребляющих алкоголем (+63,92%), наркотиками (+23,59%) и уменьшилось

количество больных алкоголизмом (-13,31%) и злоупотребляющих ненаркотическими ПАВ (-22,75%).

Таблица 3.1

**Результаты сравнительного анализа показателей заболеваемости наркологическими расстройствами за период 2009-2013 гг.**

Показатель	Россия	Республика Татарстан
Алкоголизм	-28,60%	-13,31%
Алкогольные психозы	-14,50%	+21,75%
Наркомания	-9,90%	+3,78%
Токсикомания	-23,90%	+9,97%
Злоупотребление алкоголем	-17,60%	+63,92%
Злоупотребление наркотическими ПАВ	+3,90%	+23,59%
Злоупотребление ненаркотическими ПАВ	-41,60%	-22,75%
Среди женщин	-7,21%	+4,20%
Среди подростков 15-17 лет	-27,55%	-8,61%
Среди детей 10-14 лет	-22,18%	-28,50%

В исследовании установлено, что заболеваемость наркологическими расстройствами среди женщин в России в основном снижалась (-7,21%), исключение составил показатель «наркомания» (+1,2%). В Республике Татарстан за пятилетие наблюдалось увеличение наркологических расстройств среди женского населения (+4,2%). Выросло число больных женщин с алкогольной патологией (алкоголизм, алкогольные психозы и злоупотребление алкоголем) (+4,25%), больных наркоманией (+4,41%), уменьшилось количество больных токсикоманией (-17,91%), злоупотребляющих наркотическими (-13,7%) и ненаркотическими ПАВ (-17,11%). Следует обратить внимание на увеличение числа женщин больных наркоманией, как в России, так и в Республике Татарстан.

Анализ статистических данных по России для несовершеннолетних больных наркологическими расстройствами показал, что в целом уменьшились показатели заболеваемости среди детей 10-14 лет (-22,18%) и среди подростков 15-17 лет (-27,55%). В Республике Татарстан так же в целом уменьшились показатели заболеваемости среди детей (-28,5%) и подростков (-8,61%).

Следует учитывать, что эти показатели могут свидетельствовать также о своевременном выявлении и лечении наркомании и токсикомании в РТ [149].

### 3.4 Профиль пациента отделения реанимации наркологического стационара Республики Татарстан

Для определения стратегии медицинской организации по планированию затрат на закуп ЛП для стационарных больных, необходимо изучить целевой сегмент потребителей и сформировать профиль пациента [21].

Для формирования профиля пациента ОРИТ наркологического стационара РТ с применением выкопировки из медицинской документации (696 шт.) были разработаны, заполнены и проанализированы статистические карты (раздел 2.2, приложение Б, таблица Б.1). Проведенные исследования позволили составить профиль пациента ОРИТ наркологического стационара РТ (рис. 3.12).

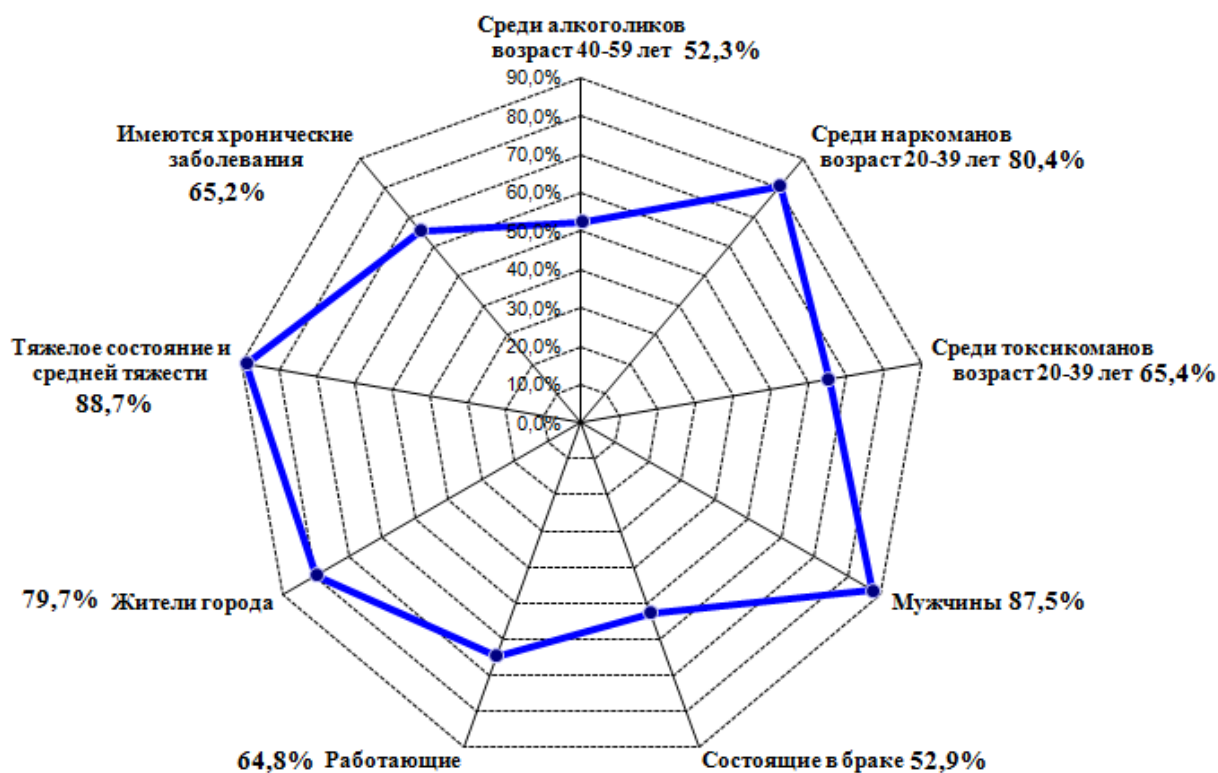


Рисунок 3.12 – Профиль пациента отделения реанимации наркологического стационара Республики Татарстан

Значения рассчитывались в среднем за рассматриваемый пятилетний период, так как динамика поступления в стационар каждой категории больных была не равномерна. В отношении возраста пациентов ОРИТ наркологического стационара РТ установлено, что он составляет (в % от числа больных данной группы) преимущественно: для больных алкоголизмом 40-59 лет (52,3%), для

больных наркоманией 20-39 (80,4%), для больных токсикоманией 20-39 лет (65,4%) (рис. 3.13).

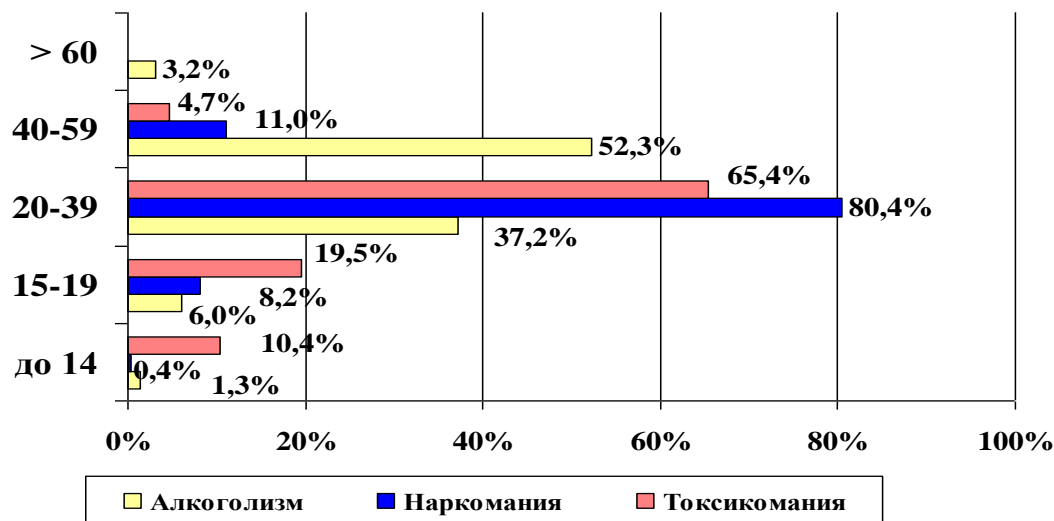


Рисунок 3.13 – Возрастная структура пациентов отделения реанимации наркологического стационара

Частые госпитализации в наркологический стационар лиц в возрастном интервале от 20 до 59 лет объясняется появлением у них патологической зависимости. Незначительное число пациентов до 19 лет объясняется отсутствием явного влечения к употреблению ПАВ и разборчивостью в его выборе. Однако, это наиболее динамичная группа пациентов [167].

Небольшой процент пациентов старше 60 лет объясняется повышенной смертностью, ухудшением здоровья и финансового положения.

Следующим признаком, характеризующим профиль пациента, является пол. В ходе исследования установлено, что на долю мужчин приходится большее число наркологических больных (87,5%), доля больных женского пола составляет 12,5%. Все же наблюдался прирост числа женщин, обратившихся за помощью в наркологический стационар в анализируемый период на 4,2%.

Данная проблема сказывается на репродуктивной функции женского населения и на здоровье будущих поколений [104].

Преобладание мужчин, очевидно, обусловлено тем, что они менее осторожны в выборе алкогольных напитков, употребляют их в больших

количествах и, кроме того, они не скрытны и чаще обращаются за квалифицированной медицинской помощью [65].

Нами было рассмотрено также семейное положение наркологических больных за анализируемый период. Доля лиц, состоящих в зарегистрированном браке, составила 52,9%. Это говорит о том, что семейное положение не является сдерживающим фактором для наркологических заболеваний.

Род занятий так же является важным демографическим признаком анализа. В наших исследованиях доля работающих составила 64,8%.

Среди наркологических больных в исследовании было рабочих – 30,4%, служащих – 15,1%, учащихся – 12,2%, пенсионеров – 7,1%.

Результаты исследования показали, что занятость трудом не является сдерживающим фактором роста числа наркологических заболеваний, о чем свидетельствует увеличение числа рабочих и служащих среди пациентов наркологического стационара.

Потенциальными пациентами отделения реанимации наркологического стационара являются городские жители. Географическое распределение наркологических больных показало, что доля жителей города составляла в среднем 79,7%, а доля лиц проживающих в сельской местности – 20,3%.

Жители села редко обращаются за наркологической помощью в медицинские организации, расположенные за пределами их населенного пункта.

Пациенты в основном поступали в отделение реанимации в средне-тяжёлом и тяжёлом состояниях (88,7%), реже в стадии комы.

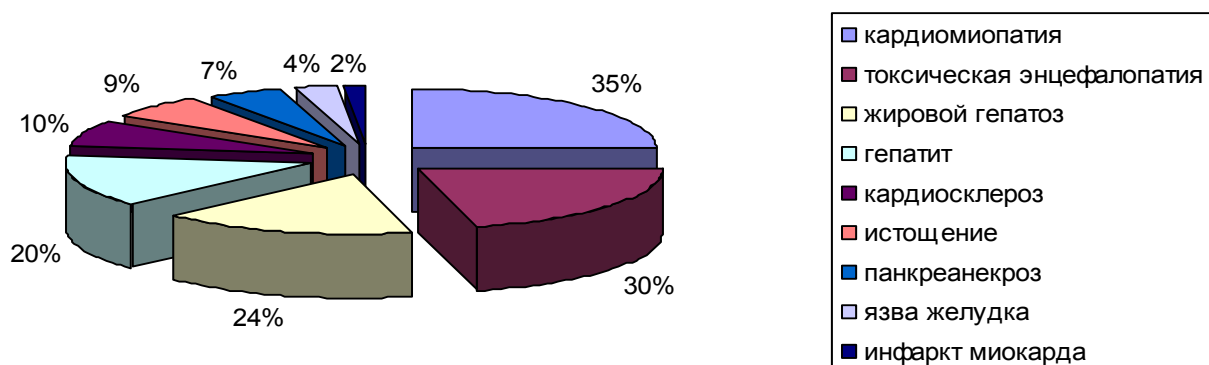


Рисунок 3.14 – Сопутствующие заболевания пациентов отделения реанимации наркологического стационара

При поступлении в наркологический стационар пациенты проходили диагностические обследования (лабораторные, функциональные, рентгенологические), получали консультации специалистов (терапевта, хирурга, невролога). В результате было выявлено, что 65,2% пациентов, поступающих в отделение реанимации наркологического стационара, имели хронические заболевания (рис. 3.14).

### **Заключение по главе 3**

Сравнительный анализ статистических данных по группам заболеваний: алкоголизм, алкогольные психозы, наркомания, токсикомания, злоупотребление алкоголем, наркотическими и ненаркотическими ПАВ - показал, что в России за период 2009-2013 годы в целом наблюдалось уменьшение показателей общей заболеваемости наркологическими расстройствами (исключение - злоупотребление наркотиками), а в РТ, наоборот, отмечается увеличение показателей заболеваемости (исключение составили алкоголизм и злоупотребление ненаркотическими ПАВ).

Определяемые показатели среди женщин в России снижались (исключение - наркомания), а в РТ увеличивались. За анализируемый период увеличилось число женщин, больных наркоманией, как в России, так и в РТ. Настораживает и рост числа женщин с алкогольной патологией (алкоголизм, алкогольные психозы и злоупотребление алкоголем). Следует отметить уменьшение количества женщин, больных токсикоманией и злоупотребляющих наркотическими и ненаркотическими ПАВ. Показатели заболеваемости среди детей и подростков в целом уменьшились и в России, и в РТ.

Выявленная тенденция к увеличению показателей общей заболеваемости наркологическими расстройствами в РТ свидетельствует о необходимости совершенствования оказания наркологической помощи населению республики, в том числе в аспекте рационального использования бюджетных средств на лекарственное обеспечение.

## **ГЛАВА 4. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИИ**

Применение психоактивных веществ сопровождается выраженной интоксикацией, что требует проведения детоксикационной терапии, способствующей выведению токсинов из организма, их связыванию и ускорению естественного их метаболизма [85, 157, 158]. Результаты детоксикационной терапии во многом зависят от ассортиментной политики наркологического стационара и от рационального использования ЛП [21, 24, 36, 137, 143].

В данном исследовании был проведен анализ ассортимента ЛПДТ, зарегистрированных в России, представленных на региональном фармацевтическом рынке и в госпитальном ассортиментном списке лекарственных препаратов РНД МЗ РТ. Анализ организации лекарственного обеспечения детоксикационной терапии наркологических больных проводился согласно разработанным в исследовании подходам и с применением статистического анализа, маркетинговых методов, систематизации и сравнения, контент-анализа официальных источников информации за 2009-2013 годы (для России – ГРЛС; для фармацевтического рынка РТ – прайс-листы оптовых поставщиков; для РНД – данные по закупке ГУП «Таттехмедфарм»).

Для более объективной картины исследования были рассчитаны и сопоставлены основные показатели ассортимента ЛПДТ не только в бюджетном стационаре, но и в клинике негосударственной формы собственности.

### **4.1 Анализ ассортимента лекарственных препаратов детоксикационной терапии, зарегистрированных в России**

В нынешних условиях рыночной экономики фармакотерапия наркологических заболеваний тесно связана с рациональным подбором ЛП, которые должны быть не только эффективны и безопасны, но и иметь невысокую стоимость. Решение проблемы возможно при наличии представления о состоянии

фармацевтического рынка, стоимости ЛП, насыщенности и динамике ассортимента [21, 96, 138].

Для достижения поставленных в исследовании задач по сравнительному анализу ассортимента ЛПДТ был разработан алгоритм маркетингового исследования (рис. 4.1).



Рисунок 4.1 – Алгоритм маркетингового исследования



Для формирования информационного массива маркетингового исследования были использованы:

- данные о ЛП, приведенных в стандартах специализированной медицинской помощи при состояниях, вызванных употреблением психоактивных веществ (Приказ МЗ РФ от 4 сентября 2012 г. №124н-135н «Об утверждении стандартов специализированной медицинской помощи при состояниях, вызванных употреблением психоактивных веществ» [42, 160],
- листы назначений пациентов ОРИТ наркологических стационаров государственной и негосударственной формы собственности (696),
- данные научных публикаций о применении ЛП для ИДТ (глава 1).

Далее был проведен анализ Инструкций по медицинскому применению сформированного массива ЛП, размещенных в ГРЛС. Систематизация ассортимента по АТС классификации показала, что ЛПДТ, зарегистрированные в ГРЛС, относятся к 9 группам: А, В, С, G, H, M, N, R и V.

Установлено, что наибольшее количество ЛП (29,7% по МНН и 29,2% по ТН) относилось к группе G (мочеполовая система и половые гормоны). На втором месте была группа А «Средства, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ» (26,6 и 25,2% соответственно), на третьем – группа N «Средства для лечения заболеваний нервной системы» (20,4 и 23,1%). Наличие в ассортименте ЛПДТ нескольких групп говорило о различных технологиях лечения, позволяющих воздействовать на многообразные последствия отравлений ПАВ.

В России зарегистрировано 649 ЛПДТ с учетом фирм-производителей, концентраций и дозировок. Установлено, что 25 фармакотерапевтических групп, указанных в Инструкциях по медицинскому применению ЛП (табл. 4.1.), были представлены 64 МНН под 497 ТН.

**Фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов  
детоксикационной терапии, зарегистрированных в России**

№ п/п	Название фармакотерапевтической группы
1	Аналептики
2	Анальгетики, НПВС
3	Анксиолитики, транквилизаторы, антидепрессанты
4	Антипсихотические средства (нейролептики)
5	Блокаторы кальциевых каналов
6	Бронходилататоры, противоаллергические средства
7	Вазодилататоры
8	Витамины
9	Гепатопротекторы
10	Гипогликемические средства
11	Дезинтоксикационные и плазмозамещающие средства
12	Диуретики
13	Ингибиторы АПФ
14	Комплексообразующие средства
15	Метаболические средства
16	Ноотропы
17	Препараты калия
18	Психостимуляторы
19	Регидратирующие средства
20	Регуляторы фосфорно-кальциевого обмена
21	Сердечные гликозиды
22	Сорбенты, антидоты, антацидные средства
23	Спазмолитики
24	Средства парентерального питания
25	Электролитов баланс восстанавливающие средства

В исследовании был определен удельный вес каждой фармакотерапевтической группы в общем объеме ЛПДТ по количеству МНН (рис. 4.2) и ТН (рис. 4.3).

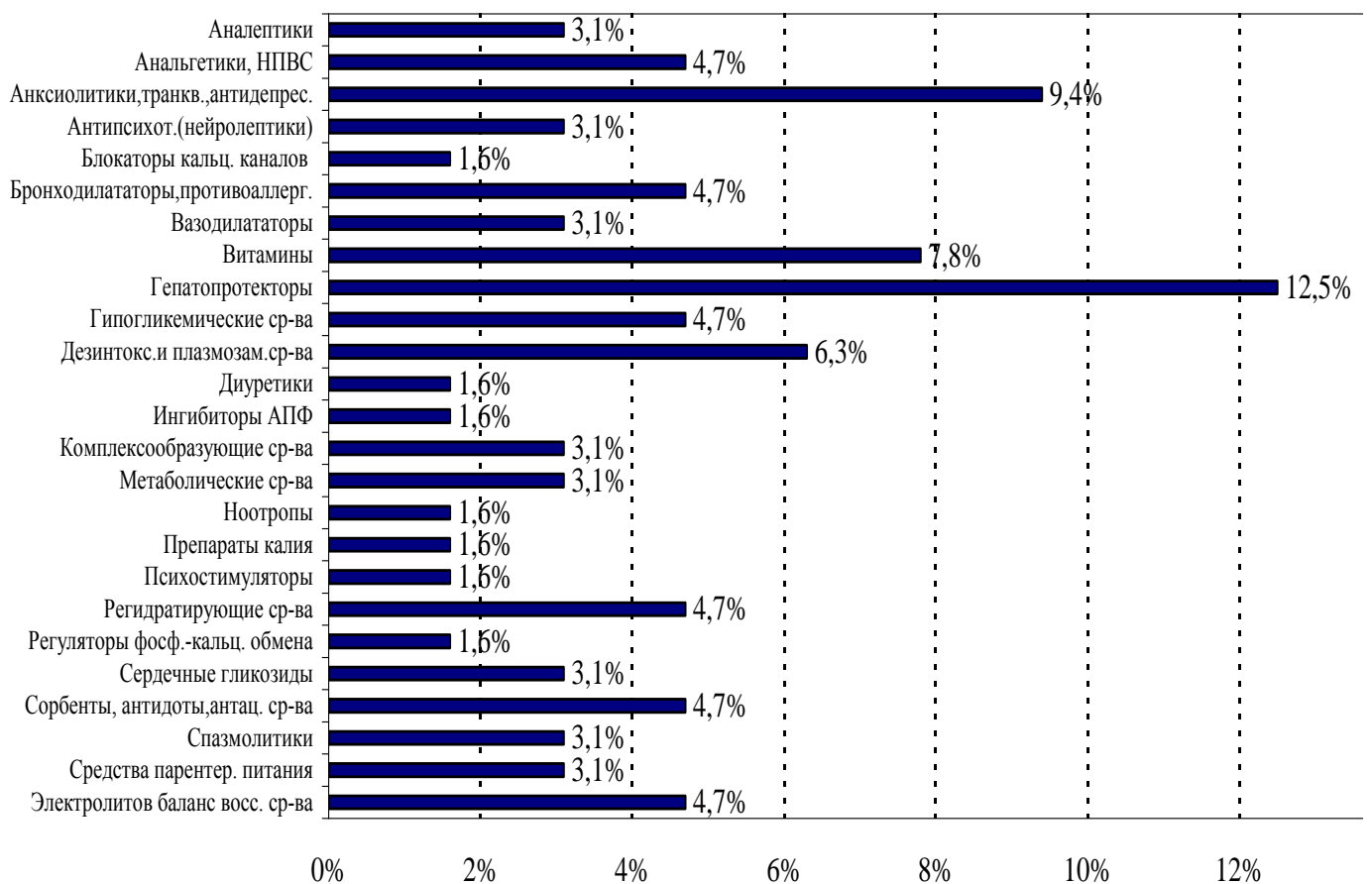


Рисунок 4.2 – Удельный вес ФТГ в общем объеме ЛПДТ по количеству МНН

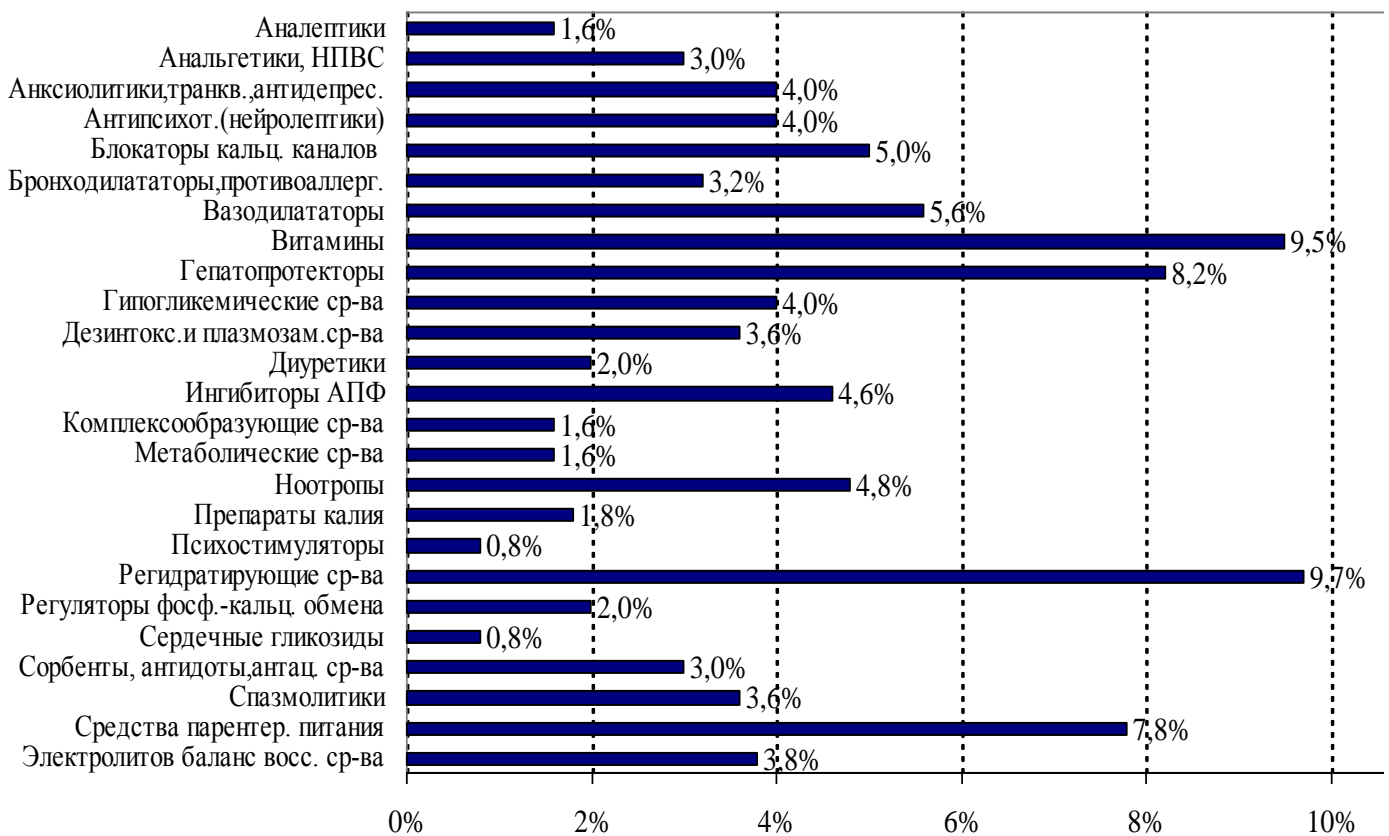


Рисунок 4.3 – Удельный вес ФТГ в общем объеме ЛПДТ по количеству ТН

На рис. 4.2 показано, что среди зарегистрированных в России ЛПДТ по количеству МНН лидирующую позицию занимала группа гепатопротекторов (12,5%), которая и по ТН была среди передовых. По МНН на втором месте были анксиолитики, транквилизаторы, антидепрессанты (9,4%), на третьем - витамины (7,8%). На рис. 4.3 видно, что по количеству ТН лидирующую позицию занимала группа регидратирующие средства (9,7%), немного уступали витамины (9,5%), а на третьем месте были гепатопротекторы (8,2%).

Интересен факт значительной доли ЛП с одним действующим веществом – 92,8%, только 7,2% приходилось на комбинированные лекарственные средства.

В ходе анализа было установлено, что зарегистрированные в России ЛПДТ поставлялись 72 фирмами-производителями из 22 стран.

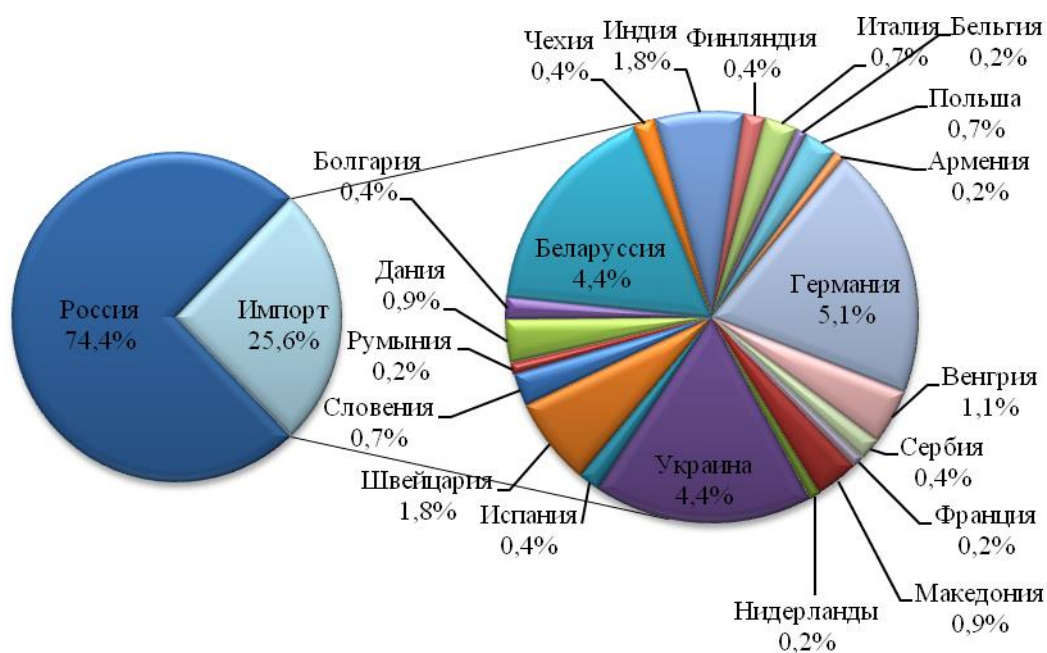


Рисунок 4.4 – Структура ассортимента ЛПДТ по странам-производителям

На рисунке 4.4 видно, что в структуре рассматриваемого ассортимента преобладали отечественные ЛП – 370 ТН (74,4%); остальная часть ассортимента приходилась на зарубежных производителей – 127 ТН (25,6%). Среди них лидировали ЛП производства Германии (5,1%), далее следовали Украина и Беларусь (по 4,4%), Индия и Швейцария (по 1,8%). Небольшую долю в ассортименте (менее 1%) представляла продукция Сербии, Бельгии, Польши и т.д.

В исследовании было установлено, что ЛПДТ выпускаются в различных лекарственных формах. Ряд ТН выпускаются одновременно в 2-3 видах лекарственных форм. Наибольший удельный вес в общей номенклатуре занимали растворы для парентерального введения (78,9%), что объяснялось необходимостью быстрого наступления эффекта при ИДТ (рис. 4.5).

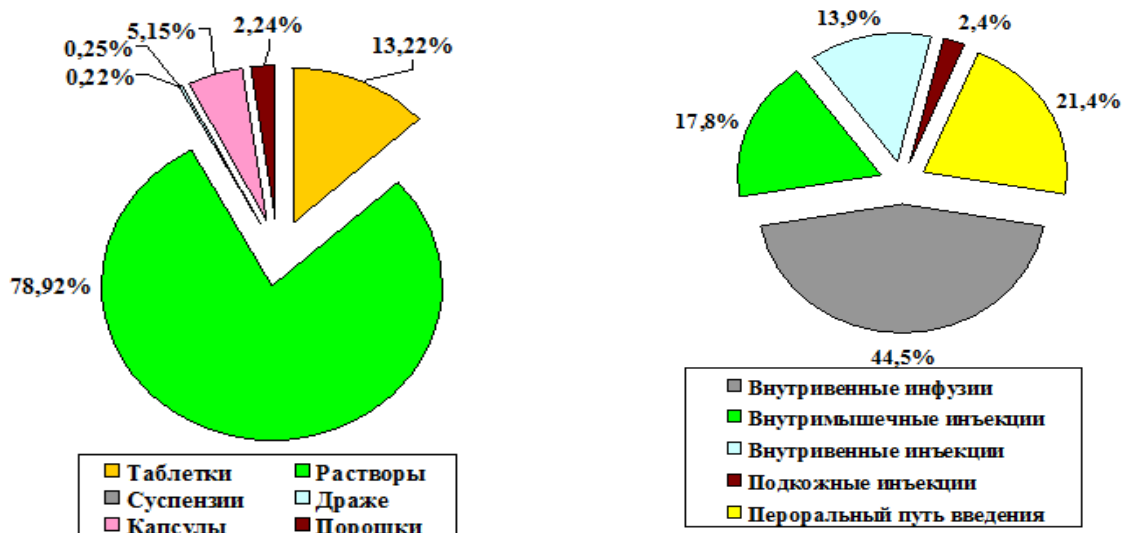


Рисунок 4.5 – Структура ассортимента ЛПДТ по лекарственным формам и способам введения

В зависимости от способа введения преобладали растворы для внутривенных инфузий (44,5%). На растворы для внутримышечного введения приходилось 17,8%. Чуть меньшая доля принадлежала растворам для внутривенного введения (13,9%).

В перечень ЖНВЛП входило 45 ЛП, что составляло 70% от общего числа МНН.

Согласно сведениям о дате регистрации ЛП, представленным в ГРЛС, было установлено, что за анализируемый период в России было зарегистрировано 150 новых ЛПДТ. Следовательно, индекс обновления ( $I_0$ ) составлял 0,23, что свидетельствует о прогрессивных изменениях в ассортименте.

Результаты анализа структуры изучаемого ассортимента были представлены в виде ассортиментного контура ЛПДТ, зарегистрированных в России (рис. 4.6).

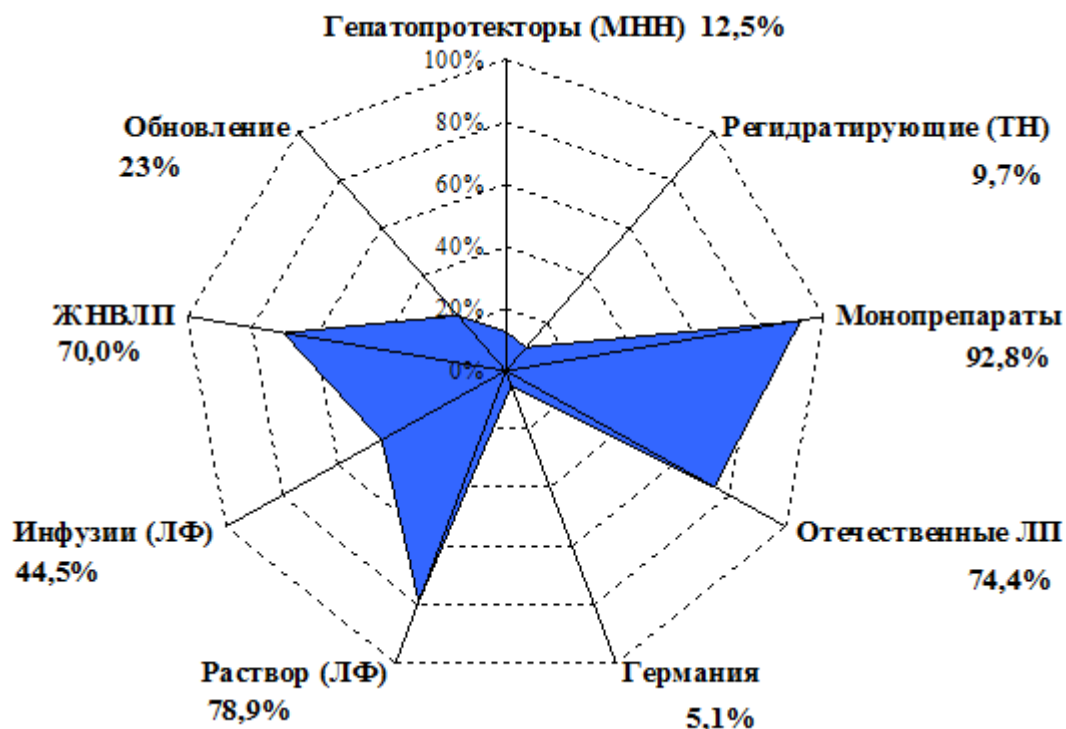


Рисунок 4.6 – Ассортиментный контур лекарственных препаратов детоксикационной терапии, зарегистрированных в России

#### 4.2 Изучение лекарственных препаратов детоксикационной терапии, представленных на региональном фармацевтическом рынке

Информационный массив исследуемого ассортимента ЛП на фармацевтическом рынке РТ был сформирован на основании наличия ЛПДТ (раздел 4.1) в прайс-листах трех оптовых поставщиков.

В результате исследования сегмента ЛПДТ фармацевтического рынка Республики Татарстан было установлено 8 групп по АТС классификации (А, В, С, Н, М, N, R и V). Наибольшее количество лекарственных препаратов детоксикационной терапии относилось к группе А «Средства, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ» (36,8% по МНН и 32,2% по ТН).

На фармацевтическом рынке Республики Татарстан было выявлено 375 ЛПДТ с учетом фирм-производителей, концентраций и дозировок; они представлены под 42 МНН и 245 ТН.

Результаты анализа фармакотерапевтических групп в общем объеме ЛПДТ по количеству МНН на фармацевтическом рынке Республики Татарстан приведены на рисунке 4.7.

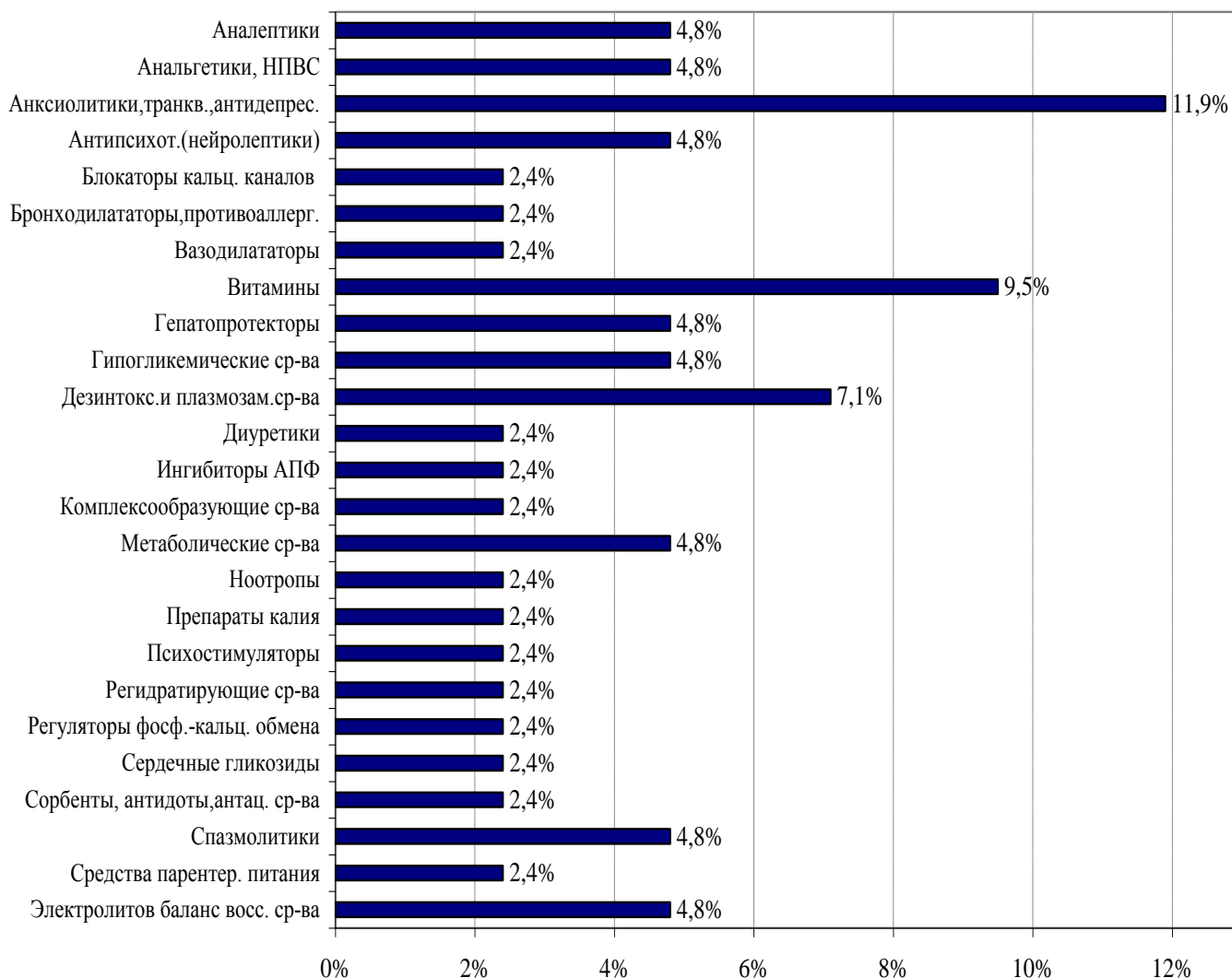


Рисунок 4.7 – Удельный вес фармакотерапевтических групп в общем объеме ЛПДТ по количеству МНН на фармацевтическом рынке Республики Татарстан

Исследования показали, что по МНН наибольшим количеством была представлена группа анксиолитиков, транквилизаторов, антидепрессантов (11,9%), которая лидировала и по ТН (7,3%) (рис. 4.8).

На втором месте по МНН находились витамины (9,5%), на третьем – дезинтоксикационные и плазмозамещающие средства (7,1%).

На втором месте по ТН были гепатопротекторы (6,9%), на третьем месте – витамины и дезинтоксикационные, плазмозамещающие средства (по 6,5%).

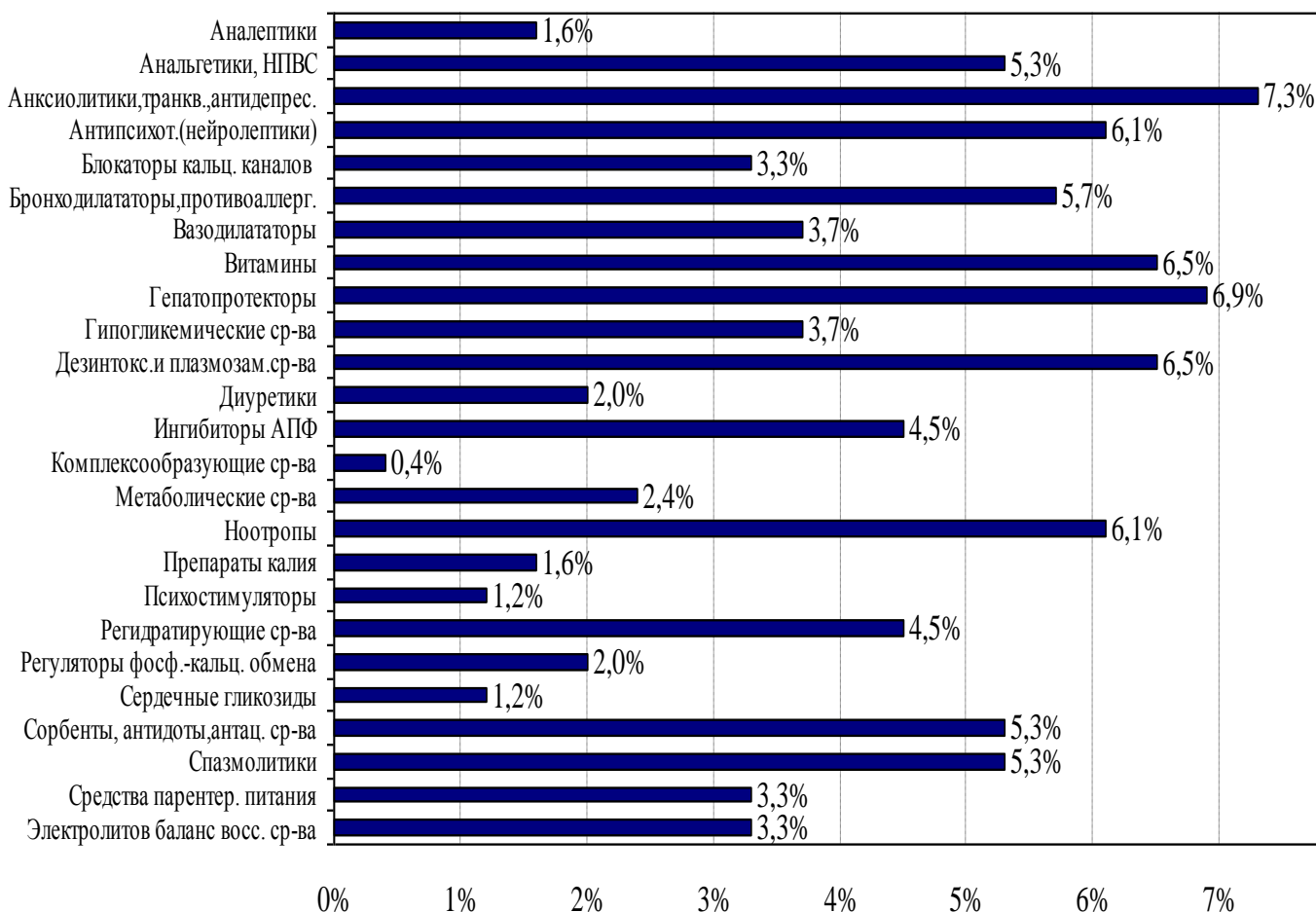


Рисунок 4.8 – Удельный вес фармакотерапевтических групп в общем объеме ЛПДТ по количеству ТН на фармацевтическом рынке Республики Татарстан

Анализ ассортимента ЛПДТ по составу показал, что доминировали в нем препараты с одним действующим веществом (92%).

Необходимо отметить, что по производственному признаку в структуре ЛПДТ на фармацевтическом рынке Республики Татарстан преобладали ЛП отечественного производства (58,3%), остальная часть ассортимента приходилась на зарубежных производителей (41,7%).

В рейтинге предложений 20 зарубежных стран по количеству ЛПДТ первое место принадлежало Германии (4,9%), затем шла Венгрия (3,6%). Лекарственные препараты были представлены так же производителями и других стран: Польша, Чешская республика, Франция, Великобритания, Болгария, Норвегия, Швейцария, Латвия, Италия, Дания, Канада и т.д.



Сегментирование ассортимента по виду лекарственных форм выявило, что в структуре ассортимента доля растворов парентерального введения составляла 72,1%. Растворы представлены в основном инфузиями (41,8%).

В перечень ЖНВЛП входило 67,8% от общего числа лекарственных препаратов детоксикационной терапии по МНН.

В исследовании установлено, что за анализируемый период 2009-2013 гг. на фармацевтическом рынке РТ появилось 67 новых ЛП. Индекс обновления ЛПДТ составил 0,18, что говорит о развитии данного сегмента рынка.

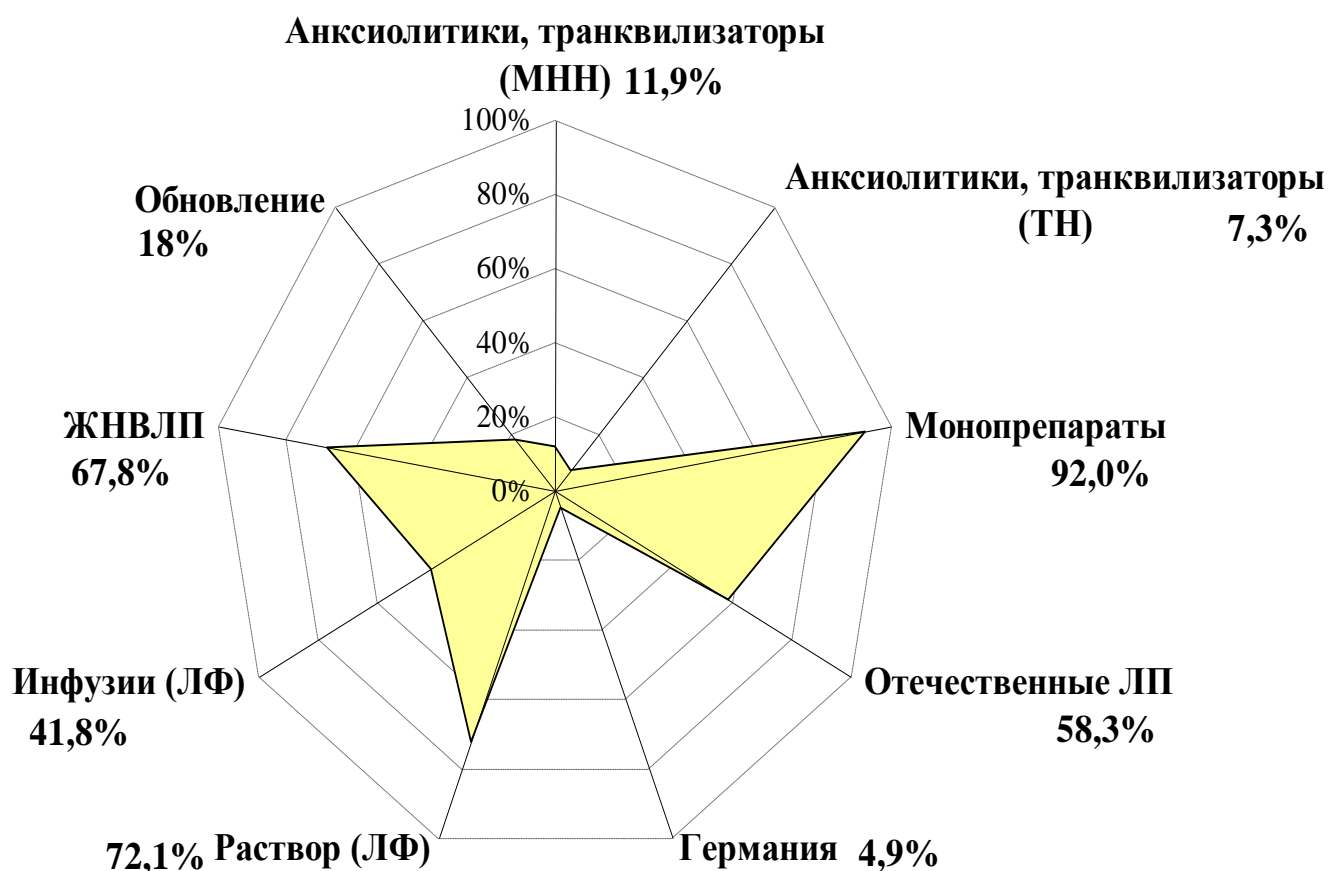


Рисунок 4.9 – Ассортиментный контур лекарственных препаратов детоксикационной терапии фармацевтического рынка Республики Татарстан

Проведенный в данном исследовании анализ структуры изучаемого ассортимента был представлен в виде ассортиментного контура ЛПДТ регионального фармацевтического рынка (рис. 4.9)

### 4.3 Сравнительный анализ ассортиментных контуров лекарственных препаратов детоксикационной терапии России и Республики Татарстан

Проведенные выше исследования позволили сравнить аналогичные показатели ассортимента ЛПДТ, зарегистрированных в России и представленных на ФР Республики Татарстан (рис. 4.10).

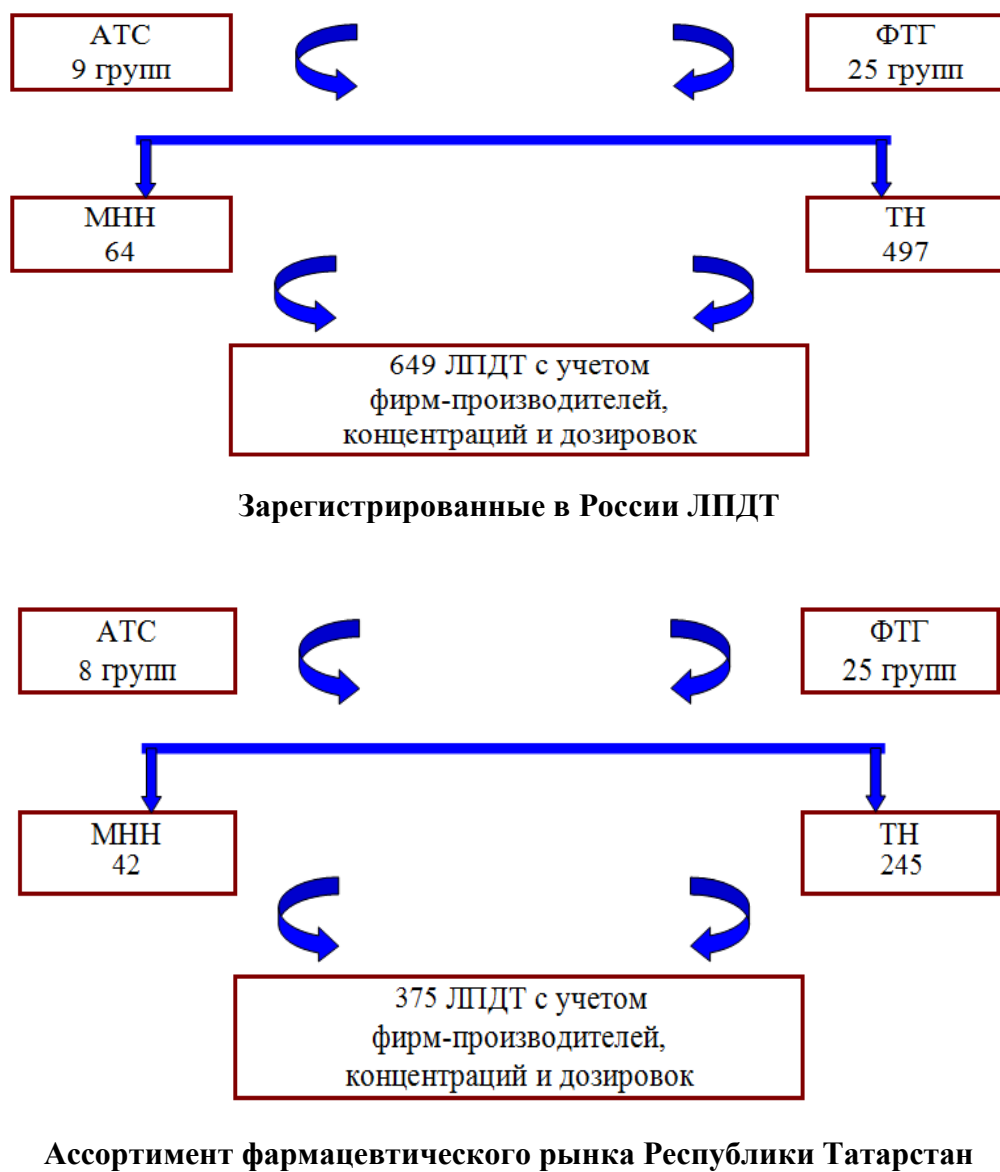


Рисунок 4.10 – Сравнительная характеристика ЛПДТ, зарегистрированных в России и на фармацевтическом рынке Республики Татарстан

Анализ структуры ЛПДТ, зарегистрированных в России и на фармацевтическом рынке РТ по остальным показателям был представлен в таблице 4.2.

**Сравнительный анализ структуры лекарственных препаратов  
детоксикационной терапии, зарегистрированных в России и на  
фармацевтическом рынке Республики Татарстан**

Показатель	Россия	Республика Татарстан
ФТГ	25	25
Количество ЛПДТ	649	375
АТС групп	9	8
МНН	64	42
ТН	497	245
Лидер по МНН	гепатопротекторы	анксиолитики, транквилизаторы, антидепрессанты
Лидер по ТН	регидратирующие средства	анксиолитики, транквилизаторы, антидепрессанты
Монопрепараты, %	92,8	92,0
Отечественные ЛП, %	74,4	58,3
Страна лидер	Германия	Германия
Растворы, %	78,9	72,1
Инфузии, %	44,5	41,8
ЖНВЛП, %	70,0	67,8
Новых ЛП	150	67
Индекс обновления	0,23	0,18

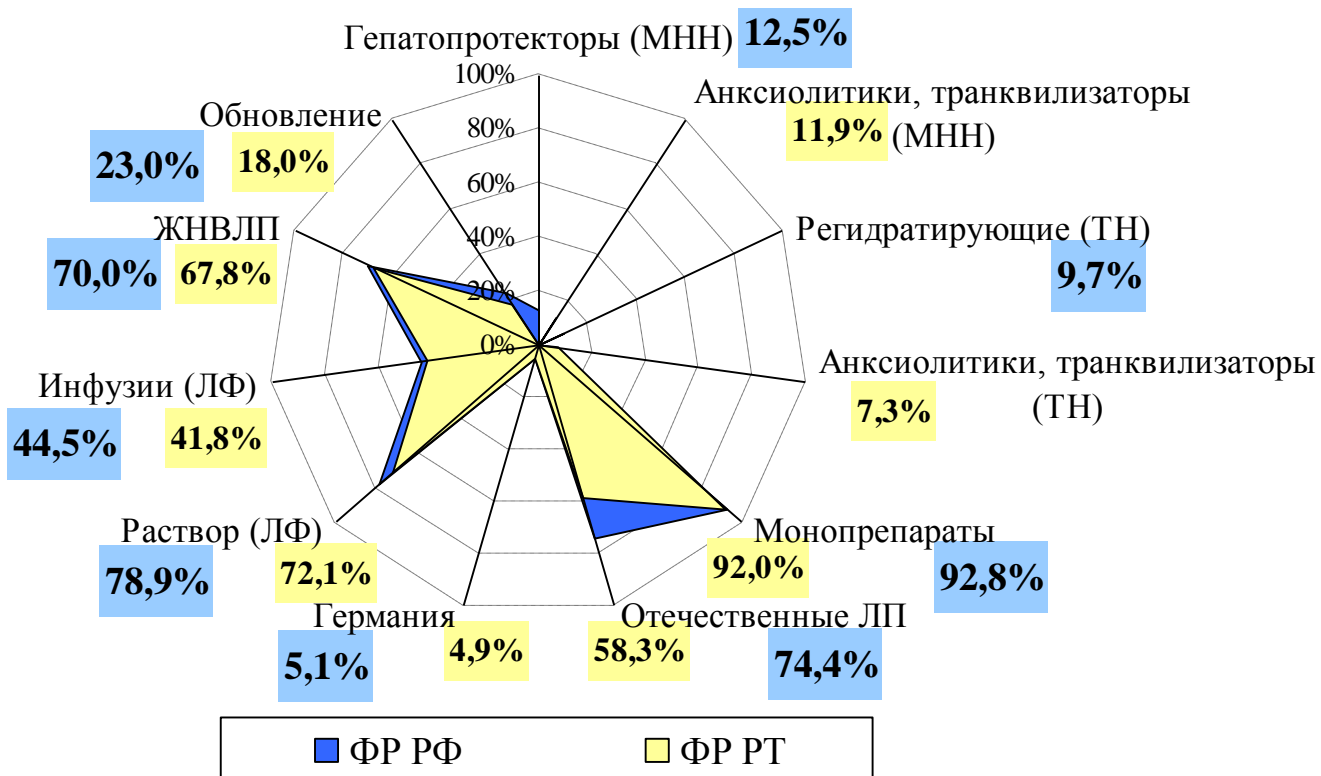


Рисунок 4.11 – Сравнительный анализ ассортиментных контуров  
лекарственных препаратов детоксикационной терапии

Установлено, что ассортиментный контур фармацевтического рынка Республики Татарстан находился в границах российского контура и по своим основным параметрам был аналогичен ему (рис. 4.11).

Для создания полной картины обновления ассортимента ЛПДТ был рассчитан по формуле 2.5 (глава 2) индекс обновления по ФТГ (табл. 4.3).

Таблица 4.3

### Индекс обновления ассортимента ЛПДТ по ФТГ

ФТГ	Индекс обновления				
	01.01.2009/ 01.01.2008	01.09.2010/ 01.09.2009	01.10.2011/ 01.10.2010	01.04.2012/ 01.04.2011	01.01.2013/ 01.01.2012
1	2/6=0,33	2/5=0,40	1/4=0,25	4/5=0,80	-
2	5/16=0,31	5/15=0,33	4/15=0,27	4/14=0,29	3/13=0,23
3	5/17=0,29	-	5/17=0,24	-	4/18=0,22
4	4/18=0,22	3/16=0,19	-	-	3/15=0,20
5	-	2/10=0,20	1/10=0,10	-	1/8=0,13
6	1/11=0,09	-	1/12=0,08	1/13=0,08	1/14=0,07
7	1/7=0,14	-	1/8=0,13	-	1/9=0,11
8	1/22=0,05	1/21=0,05	2/22=0,09	1/20=0,05	1/16=0,06
9	3/16=0,19	2/14=0,14	2/16=0,13	2/15=0,13	3/17=0,18
10	-	-	2/10=0,20	-	2/9=0,22
11	-	4/14=0,23	6/18=0,33	-	4/16=0,25
12	1/7=0,14	1/6=0,17	-	1/5=0,20	1/5=0,20
13	5/16=0,31	6/15=0,40	5/14=0,36	4/14=0,29	3/11=0,27
14	1/6=0,17	1/4=0,25	1/5=0,20	1/3=0,33	-
15	2/8=0,25	1/8=0,13	1/7=0,14	1/5=0,20	1/6=0,17
16	-	4/14=0,29	2/9=0,22	-	3/15=0,20
17	2/8=0,25	1/8=0,13	1/7=0,14	-	1/4=0,25
18	1/7=0,14	-	1/6=0,17	1/3=0,33	1/3=0,33
19	8/20=0,40	2/20=0,10	6/20=0,30	-	3/11=0,27
20	1/5=0,20	-	1/4=0,25	-	1/5=0,20
21	1/4=0,25	-	1/5=0,20	1/3=0,33	-
22	1/16=0,06	1/11=0,09	-	1/14=0,07	1/13=0,08
23	-	1/17=0,06	1/15=0,07	1/16=0,06	1/13=0,08
24	1/7=0,14	1/7=0,14	1/8=0,13	-	1/8=0,13
25	1/10=0,10	2/9=0,22	2/7=0,28	2/8=0,25	1/8=0,13

В результате было установлено, что среди ФТГ значительно была обновлена группа ингибиторов АПФ (индекс обновления – 0,33), в ассортименте

за исследуемый период появилось 23 новых препарата. Незначительно отстают анальгетики и НПВС (индекс обновления – 0,29) и 21 новый препарат расширил ассортимент этой группы. Менее всего обновлены группы витаминов (индекс обновления 0,06). За последний анализируемый год не замечено появление новых препаратов в группах: аналептики, комплексообразующие средства и сердечные гликозиды [151, 152].

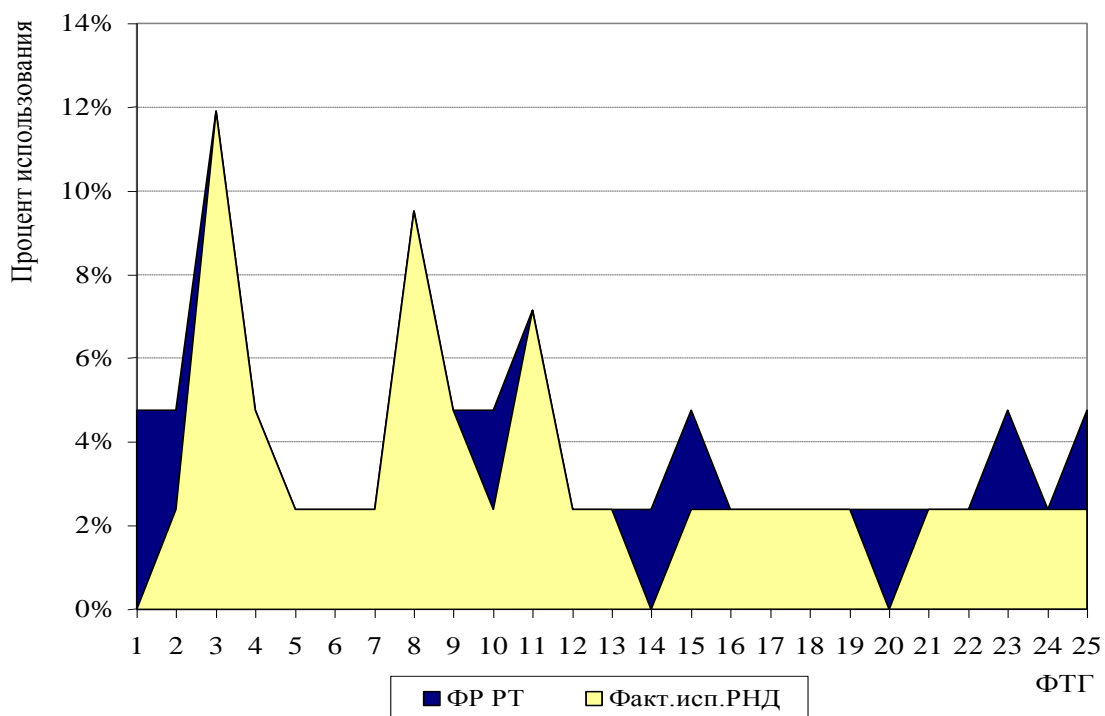
Результаты исследований ассортимента ЛПДТ позволили сделать вывод, что данный сегмент фармацевтического рынка характеризуется разнообразием ФТГ, лекарственных препаратов по МНН и ТН, достаточным обновлением ассортимента [145].

#### **4.4 Исследование ассортимента лекарственных препаратов детоксикационной терапии в наркологическом стационаре Республики Татарстан**

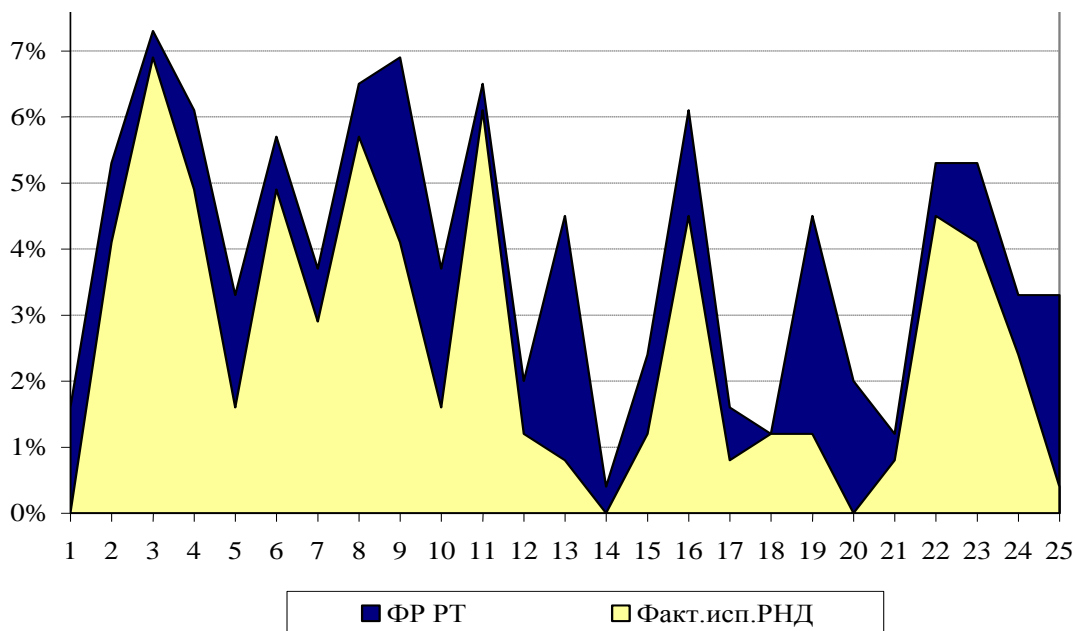
Состав ассортиментного списка аптечной организации стационара имеет важное социально-экономическое значение, так как он определяет качество терапии наркологических больных. Правильно сформированный ассортимент повышает эффективность терапии отравлений ПАВ, уменьшает время пребывания пациента в стационаре и позволяет рационально использовать бюджетные средства [96, 151, 152].

Ассортимент ЛПДТ, определенный на основании анализа 650 листов назначений отделений реанимации наркологических стационаров бюджетного финансирования, данных ГУП «Таттехмедфарм» по закупу лекарственных препаратов для ГАУЗ «РНД МЗ РТ», требований-накладных отделения реанимации и интенсивной терапии ГАУЗ «РНД МЗ РТ» (30 шт.) в аптечной организации РНД МЗ РТ, соответствовал Перечню ЖНВЛП и был представлен 22 ФТГ (отсутствовали группы: №1 – аналептики, №14 - комплексообразующие средства, №20 - регуляторы фосфорно-кальциевого обмена).

Результаты сравнительного анализа по МНН и ТН исследуемых ФТГ представленных в аптечной организации наркологического стационара и на фармацевтическом рынке РТ показаны на рисунке 4.12.



по МНН



по ТН

Рисунок 4.12 – Сравнительный анализ фармакотерапевтических групп представленных в аптечной организации наркологического стационара и на фармацевтическом рынке Республики Татарстан

Структуру данного ассортимента формировали 6 групп по АТС классификации (рис. 4.13).

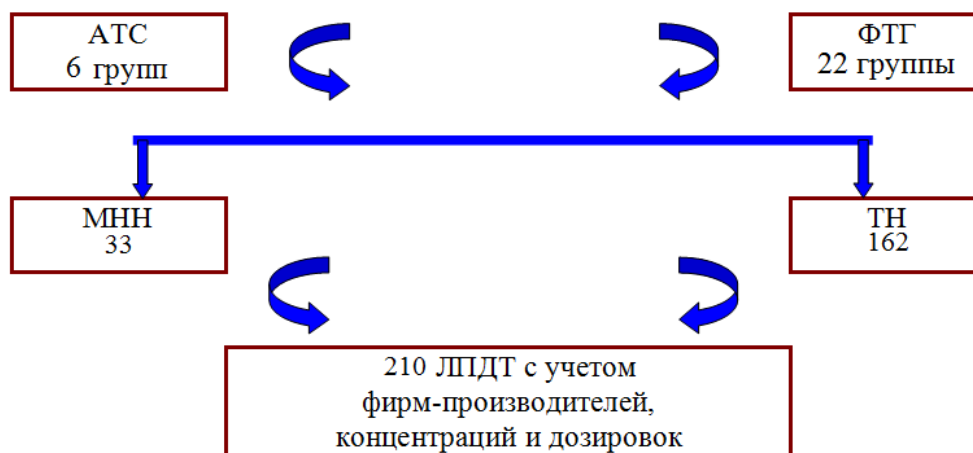


Рисунок 4.13 – Характеристика ассортимента лекарственных препаратов детоксикационной терапии аптечной организации наркологического стационара Республики Татарстан

Выявлено, что в аптечной организации РНД МЗ РТ использовалось 210 наименований лекарственных препаратов детоксикационной терапии, а 22 ФТГ содержали лекарственные препараты под 33 МНН и 162 ТН.

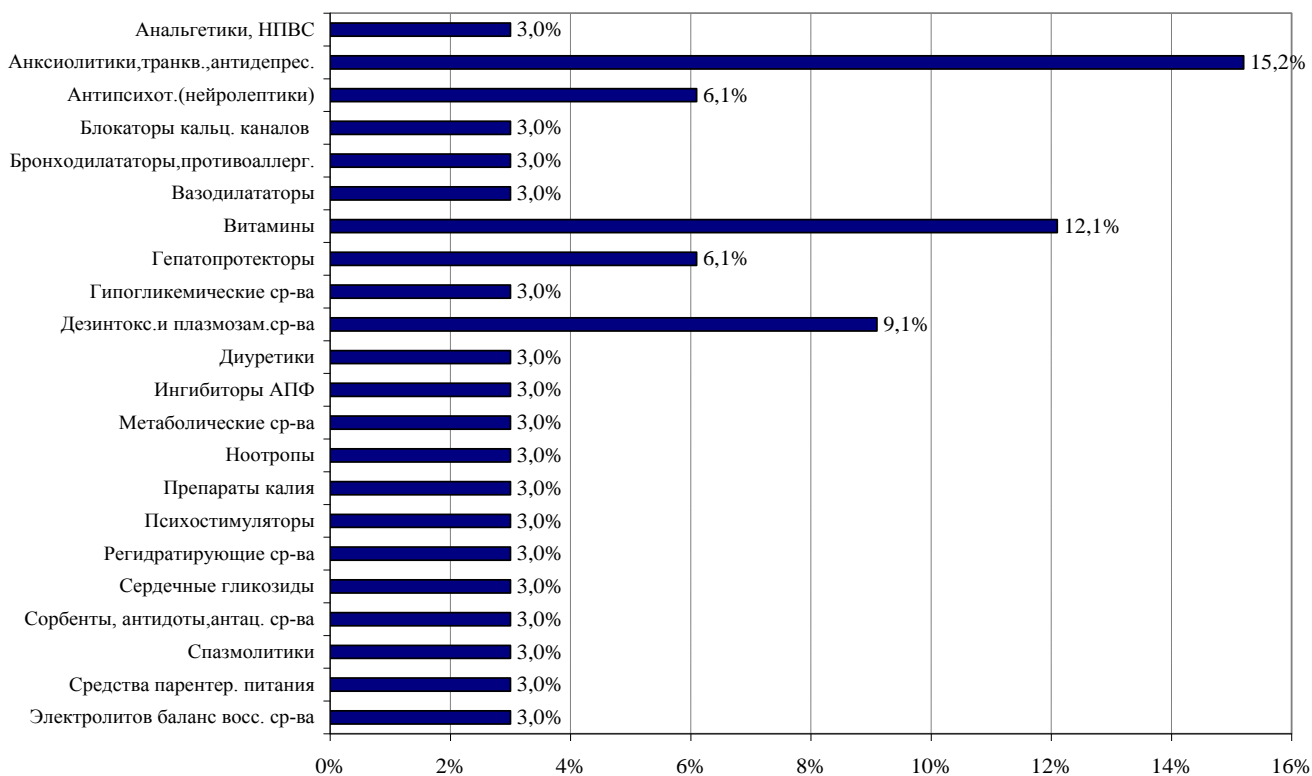


Рисунок 4.14 – Доли ФТГ по МНН в общей структуре ассортимента

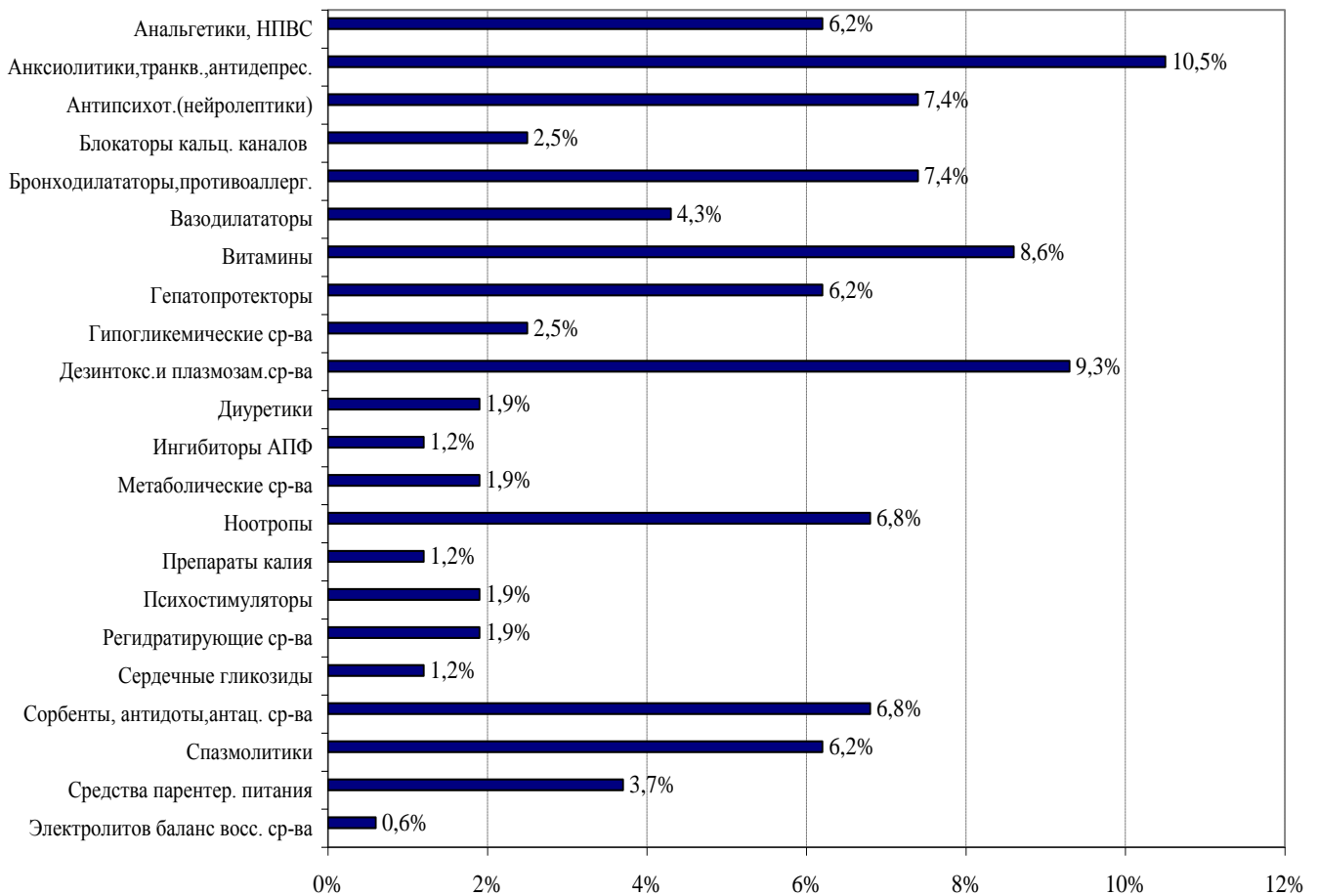


Рисунок 4.15 – Доли ФТГ по ТН в общей структуре ассортимента аптечной организации наркологического стационара Республики Татарстан

Доли фармакотерапевтических групп по МНН в общей структуре ассортимента аптечной организации наркологического стационара представлены на рисунке 4.14, а по ТН – на рисунке 4.15.

Исследования показали, что среди 22 ФТГ и по МНН, и по ТН лидировала группа анксиолитиков, транквилизаторов, антидепрессантов, на которую приходилось 15,2% по количеству МНН и 10,5% по количеству ТН.

На втором месте по МНН находились витамины (12,1%), на третьем – дезинтоксикационные и плазмозамещающие средства (9,1%).

При анализе по ТН установлено, что, наоборот, на втором месте находились дезинтоксикационные и плазмозамещающие средства (9,3%), а витамины (8,6%) - на третьем месте.



В таблице 4.4 показана в сравнении структура ФТГ лекарственных препаратов детоксикационной терапии по МНН и ТН, зарегистрированных в России, РТ и ассортиментном списке аптечной организации РНД МЗ РТ.

Таблица 4.4

**Сравнительная ассортиментная структура  
лекарственных препаратов детоксикационной терапии**

ФТГ	Количество наименований											
	Рынок России				Рынок Республики Татарстан				Фактическое использование			
	МНН		ТН		МНН		ТН		МНН		ТН	
	ед.	%	ед.	%	ед.	%	ед.	%	ед.	%	ед.	%
1	2	3,1	8	1,6	2	4,8	4	1,6	0	0	0	0
2	3	4,7	15	3,0	2	4,8	13	5,3	1	3,0	10	6,2
3	6	9,4	20	4,0	5	11,9	18	7,3	5	15,2	17	10,5
4	2	3,1	20	4,0	2	4,8	15	6,1	2	6,1	12	7,4
5	1	1,6	25	5,0	1	2,4	8	3,3	1	3,0	4	2,5
6	3	4,7	16	3,2	1	2,4	14	5,7	1	3,0	12	7,4
7	2	3,1	28	5,6	1	2,4	9	3,7	1	3,0	7	4,3
8	5	7,8	47	9,5	4	9,5	16	6,5	4	12,1	14	8,6
9	8	12,5	41	8,2	2	4,8	17	6,9	2	6,1	10	6,2
10	3	4,7	20	4,0	2	4,8	9	3,7	1	3,0	4	2,5
11	4	6,3	18	3,6	3	7,1	16	6,5	3	9,1	15	9,3
12	1	1,6	10	2,0	1	2,4	5	2,0	1	3,0	3	1,9
13	1	1,6	23	4,6	1	2,4	11	4,5	1	3,0	2	1,2
14	2	3,1	8	1,6	1	2,4	1	0,4	0	0	0	0
15	2	3,1	8	1,6	2	4,8	6	2,4	1	3,0	3	1,9
16	1	1,6	24	4,8	1	2,4	15	6,1	1	3,0	11	6,8
17	1	1,6	9	1,8	1	2,4	4	1,6	1	3,0	2	1,2
18	1	1,6	4	0,8	1	2,4	3	1,2	1	3,0	3	1,9
19	3	4,7	48	9,7	1	2,4	11	4,5	1	3,0	3	1,9
20	1	1,6	10	2,0	1	2,4	5	2,0	0	0	0	0
21	2	3,1	4	0,8	1	2,4	3	1,2	1	3,0	2	1,2
22	3	4,7	15	3,0	1	2,4	13	5,3	1	3,0	11	6,8
23	2	3,1	18	3,6	2	4,8	13	5,3	1	3,0	10	6,2
24	2	3,1	39	7,8	1	2,4	8	3,3	1	3,0	6	3,7
25	3	4,7	19	3,8	2	4,8	8	3,3	1	3,0	1	0,6
<b>ИТОГО</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>497</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>245</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Анализ представленных данных показал, что фармацевтический рынок РТ использовал 57,8% зарегистрированных в России ЛПДТ. Аптечная

организация РНД МЗ РТ использовала 56,0% от представленного на фармацевтическом рынке РТ (табл. 4.5).

Таблица 4.5.

**Показатели полноты использования  
лекарственных препаратов детоксикационной терапии**

Фармацевтический рынок	России			Республики Татарстан		
	ЛПДТ	МНН	ТН	ЛПДТ	МНН	ТН
Республики Татарстан	57,8%	65,6%	49,3%	-	-	-
Аптечная организация РНД МЗ РТ	-	-	-	56,0%	78,6%	66,1%

Далее для более полного анализа ассортимента ЛПДТ в аптечной организации регионального наркологического стационара в исследовании с использованием формул 2.1-2.4 (глава 2) были рассчитаны коэффициенты широты, глубины, полноты и устойчивости ассортимента ЛП детоксикационной терапии в РНД и в клинике негосударственной формы собственности (рис. 4.16).

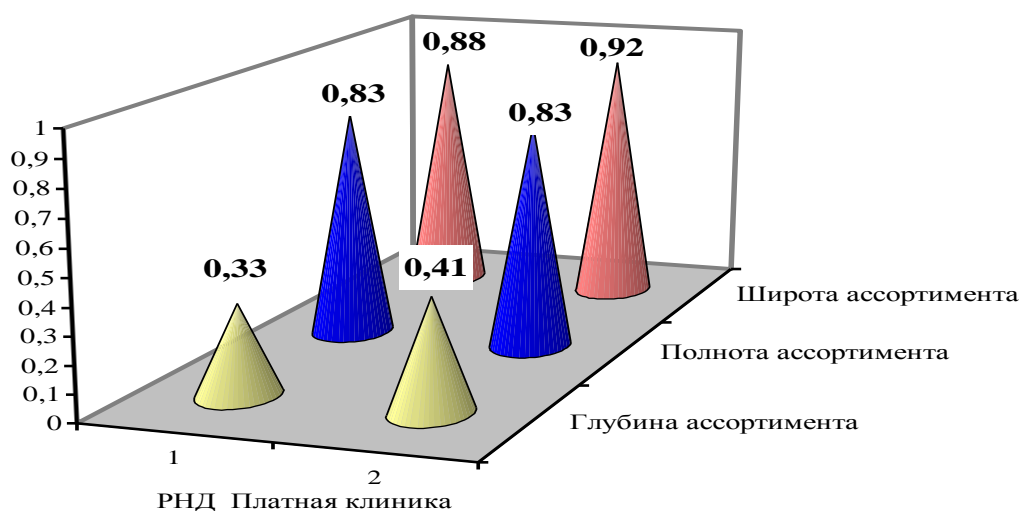


Рисунок 4.16 – Сравнительный анализ показателей ассортимента лекарственных препаратов детоксикационной терапии наркологических клиник разного вида финансирования

Так как в аптечной организации РНД МЗ РТ лекарственные препараты детоксикационной терапии представлены 22 ФТГ, а количество групп представленных в Госреестре 25, то коэффициент широты ассортимента составил:  $22/25 = 0,88$ .

С учетом объема, концентрации, вида упаковки была рассчитана глубина ассортимента аптечной организации РНД МЗ РТ:  $162/497 = 0,33$ .

В аптечном учреждении наркологического стационара МЗ РТ представлены ЛП всех видов лекарственных форм кроме суспензий; коэффициент полноты ассортимента составил:  $5/6 = 0,83$ .

В аптечной организации наркологической клиники негосударственной формы собственности ЛПДТ были представлены 23 ФТГ и коэффициент широты ассортимента составил:  $23/25 = 0,92$ .

Глубина ассортимента составила:  $204/497 = 0,41$ .

Коэффициент полноты ассортимента ЛПДТ был аналогичным аптечной организации бюджетного стационара:  $5/6 = 0,83$ .

Выявлено, что ассортимент ЛПДТ в аптечной организации наркологического стационара РТ достаточно широкий и полный, но разновидность представленных препаратов небольшая [151].

Сравнение полученных данных показало, что коэффициенты широты и глубины ассортимента наркологической клиники негосударственной формы собственности несколько выше соответствующих коэффициентов бюджетной организации. Значения коэффициентов полноты ассортимента совпадают.

Коэффициент устойчивости ассортимента, равный единице, свидетельствует, что количество используемых позиций ассортимента в базовом периоде равно количеству за исследуемый период [139, 151].

В исследовании установлено, что коэффициенты устойчивости ассортимента большинства ФТГ в аптечной организации РНД МЗ РТ близки к единице. Это свидетельствует о том, что ассортиментные позиции внутри группы устойчивы (табл. 4.6).

**Коэффициент устойчивости ассортимента лекарственных препаратов  
детоксикационной терапии в аптечной организации РНД МЗ РТ**

№ ФТГ	Коэффициент устойчивости				
	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
1	1	0,5	0,8	-	-
2	0,7	-	0,5	1	0,3
3	1	1	1	0,5	0,5
4	0,5	0,3	0,8	0,5	0,5
5	0,2	0,4	0,6	0,8	0,4
6	-	-	-	0,8	0,3
7	0,3	0,8	0,5	0,5	0,5
8	0,5	0,9	0,9	0,5	0,9
9	1	1	-	1	1
10	1	-	-	0,3	0,3
11	0,8	0,9	0,7	0,9	0,8
12	1	1	1	1	0,5
13	-	-	-	0,8	0,4
14	1	-	0,8	-	-
15	0,8	1	0,3	0,3	0,3
16	1	0,5	0,5	0,5	0,5
17	1	1	1	0,5	0,5
18	1	1	1	0,5	0,5
19	-	-	1	1	0,2
20	1	0,3	-	-	-
21	0,8	1	0,3	0,3	0,3
22	0,5	1	0,5	0,5	0,5
23	0,5	0,3	0,9	0,5	0,5
24	0,2	0,4	0,6	0,8	0,4
25	1	1	1	1	1

Сильно варьируют позиции в следующих группах: аналептики, анальгетики и НПВС, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, метаболические средства, спазмолитики.

Самый устойчивый ассортимент представлен ФТГ для восстановления баланса электролитов. Достаточно устойчивый ассортимент ЛПДТ соответствует следующим ФТГ: анксиолитики, транквилизаторы и антидепрессанты, нейролептики, бронходилататоры и противоаллергические средства, вазодилататоры, витамины, гепатопротекторы, диуретики, ноотропы и т.д.

Проведенные исследования ассортимента ЛПДТ в аптечной организации РНД показали, что для лечения в наркологическом стационаре используется

определенный набор традиционных и достаточно известных ЛП при ощутимом увеличении количества ЛПДТ на фармацевтическом рынке России и РТ.

#### **Заключение по главе 4**

Выявлено, что ЛПДТ, зарегистрированные в России, были представлены 9 группами по АТС классификации, а на фармацевтическом рынке РТ - 8 группами. Определено, что по данным госреестра России наибольшее количество ЛП относилось к группе G, а на фармацевтическом рынке РТ - к группе А. Установлено, что 25 ФТГ лекарственных препаратов детоксикационной терапии, зарегистрированных в России были представлены 64 МНН под 497 ТН, а на фармацевтическом рынке РТ - 42 МНН и 245 ТН.

В России по количеству МНН лидирующую позицию занимала группа гепатопротекторов (12,5%), по количеству ТН - регидратирующие средства (9,7%). На фармацевтическом рынке РТ лидировали анксиолитики, транквилизаторы, антидепрессанты (11,9%) как по МНН, так и по ТН (7,3%). Выявлено, что ассортиментный контур фармацевтического рынка РТ находился в границах российского и по своим основным параметрам был аналогичен ему. В достаточном количестве был представлен отечественный производитель, ЛПДТ представляли собой по большей части растворы, в основном инфузии, чаще с одним действующим веществом и относились в значительной доле к ЖНВЛП. Фармацевтические рынки ЛПДТ достаточно обновлены (индекс обновления составлял 0,23 и 0,18 соответственно) и устойчивы, характеризуются разнообразием ФТГ, значительной широтой ассортимента.

Установлено, что среди ФТГ значительно была обновлена группа ингибиторов АПФ (индекс обновления – 0,33), немного отстают анальгетики и НПВС (индекс обновления – 0,29), за последний анализируемый год не замечено появление новых препаратов в группах: аналептики, комплексообразующие средства и сердечные гликозиды.

Выявлено, что на фармацевтическом рынке РТ лекарственные препараты детоксикационной терапии, зарегистрированные в России, представлены на

57,8%. Исследования позволили получить полную картину состояния ассортимента ЛПДТ и возможности его расширения.

Исследование ассортимента ЛПДТ в наркологическом стационаре РТ показало, что представлен 22 ФТГ, которые содержали ЛП под 33 МНН и 162 ТН. В ассортименте аптечной организации РНД было определено 6 групп по АТС классификации и использовалось 210 наименований лекарственных препаратов. Среди 22 ФТГ и по МНН, и по ТН лидировала группа анксиолитиков, транквилизаторов, антидепрессантов на которую приходилось 15,2% по количеству МНН и 10,5% по количеству ТН.

Выявлено, что ассортимент ЛПДТ в аптечной организации РНД МЗ РТ достаточно широкий (коэффициент широты 0,88), и полный (коэффициент полноты 0,83), но разновидность представленных препаратов небольшая (коэффициент глубины 0,33). Показатели широты и глубины ассортимента наркологической клиники негосударственной формы собственности выше соответствующих коэффициентов бюджетной организации. Значения коэффициентов полноты совпадают. Самый устойчивый ассортимент ЛПДТ у фармакотерапевтической группы «Для восстановления баланса электролитов».

Результаты исследования показали, что аптечная организация РНД использовала для детоксикационной терапии лишь 56% от представленного на фармацевтическом рынке РТ, что объясняется ограничением закупок ЛП Перечнем ЖНВЛП; однако анализ фармацевтического рынка показал, что возможно расширение ассортимента РНД с целью оптимизации лекарственного обеспечения, в частности, при оказании платных медицинских услуг.

## **ГЛАВА 5. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

Деятельность наркологической службы в России осуществляется на основе: распоряжения Правительства России от 20.12.09 №2128-р «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения на период до 2020 года», Указа Президента России от 09.06.10 №690 «Стратегия государственной антинаркотической политики» и Указа Президента России от 07.05.12 №598 «Совершенствование государственной политики в сфере здравоохранения» [3, 11, 14, 75].

Приоритетным направлением в работе наркологической службы РТ является повышение эффективности лечения. В настоящее время наркологическая помощь осуществляется в медицинских организациях (наркологических больницах, диспансерах и реабилитационных центрах) согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (Приказ МЗ РФ №1034н от 30 декабря 2015 г.) и на основе «Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи» [7, 11, 13].

### **5.1 Порядок оказания медицинской помощи по профилю «наркология»**

Медицинская помощь по профилю «наркология» оказывается амбулаторно, в дневном стационаре и в наркологическом стационаре (рис. 5.1).

Медицинская помощь в наркологии подразделяется на:

- первичную медико-санитарную помощь (анамнез, осмотр, симптоматика, реабилитация, профилактика);
- скорую специализированную медицинскую помощь (медикаментозная терапия в отделении реанимации);
- специализированную медицинскую помощь (терапия в условиях стационара).

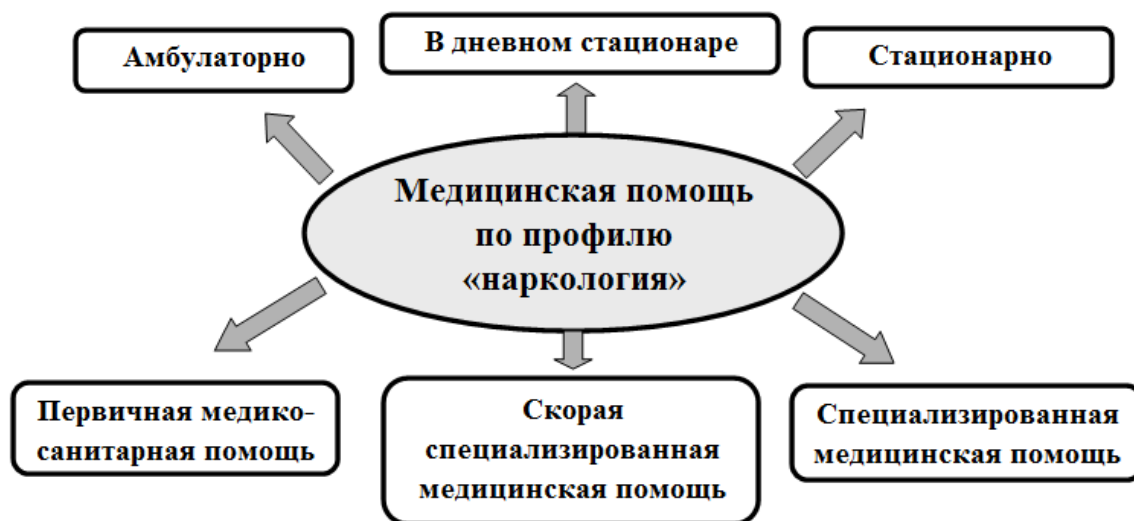


Рисунок 5.1 – Структура медицинской помощи по профилю «наркология»

Лекарственная терапия с целью коррекции последствий хронического употребления ПАВ, психотерапия и реабилитация проводятся амбулаторно или в дневном стационаре. Если наркологическая помощь в рамках поликлиники или скорой помощи невозможна, то пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную помощь по профилям «анестезиология и реанимация» или «токсикология и наркология» [5, 87, 206].

В лечебный блок наркологического стационара поступают пациенты с различной степенью интоксикации. Больным с тяжелой и крайне тяжелой степенью интоксикации проводится ИДТ на уровне отделения реанимации и интенсивной терапии (рис. 5.2).

Затем следуют немаловажные этапы фармакотерапии в отделении стационара, реабилитации и социальной адаптации.

Этап детоксикации при лечении острых отравлений ПАВ является основой оказания медицинской помощи в наркологии. Известно, что повышение качества ИДТ способствуют уменьшению числа осложнений, ведущих к летальности или потере трудоспособности [8, 18, 98].

На рис. 5.3 приведена классификация наркологических заболеваний по МКБ 10, вызванных различными видами ПАВ (алкоголь и его суррогаты, наркотики, медикаменты психотропного действия) и требующих проведения инфузионно-детоксикационной терапии.



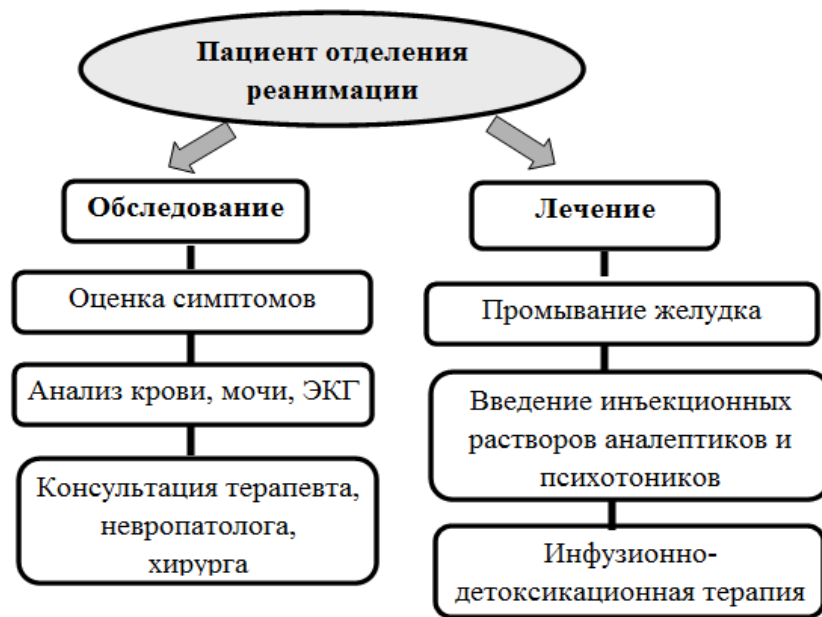


Рисунок 5.2 – Оказание медицинской помощи наркологическому больному в отделении реанимации

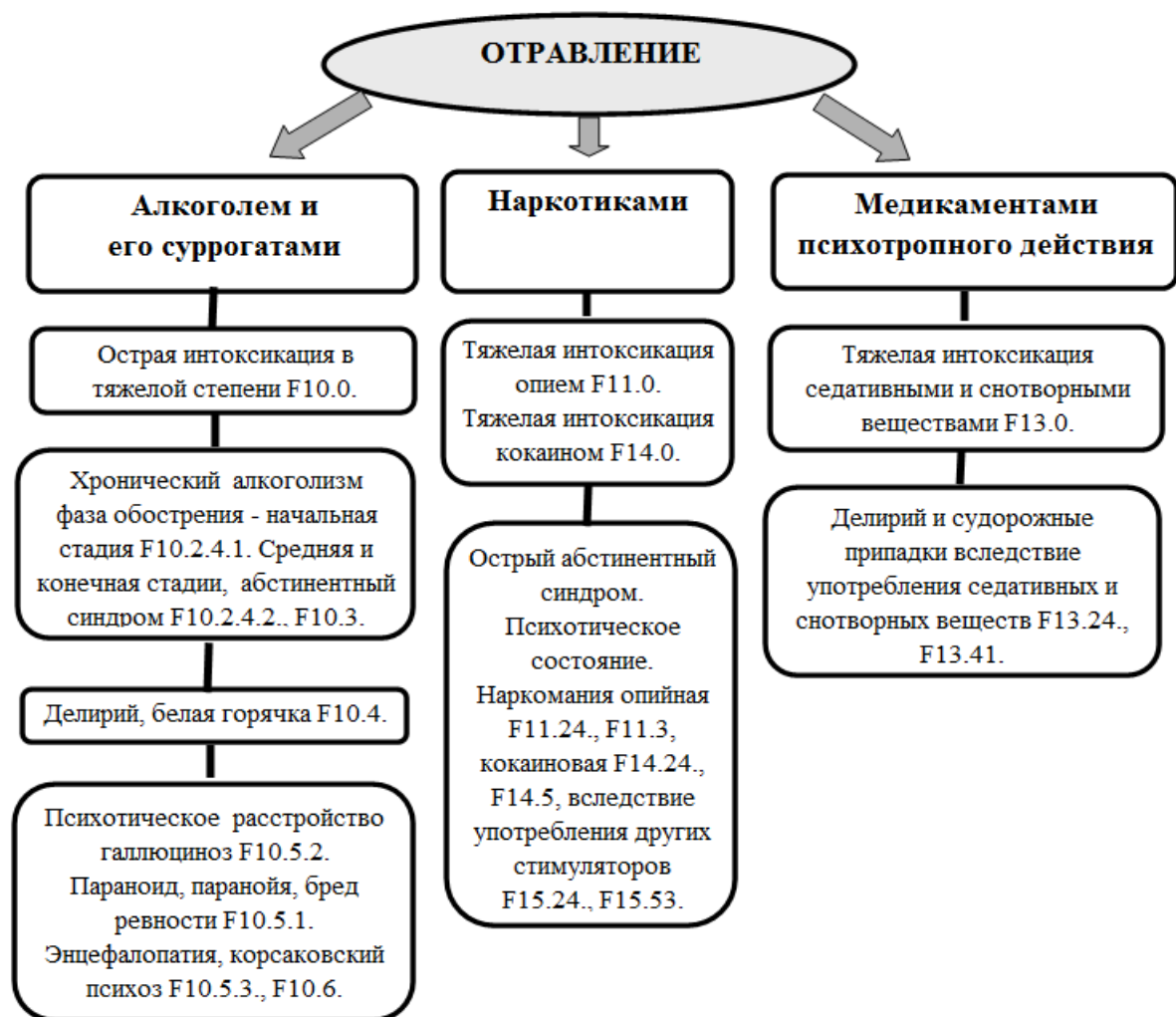


Рисунок 5.3 – Наркологические заболевания, при которых требуется проведение инфузионно-детоксикационной терапии

Структура и деятельность ОРИТ регламентируются Приказом МЗ РФ №1034н от 30.12.15 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю психиатрия – наркология и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ». Для допуска к работе в ОРИТ врачи анестезиологи-реаниматологи получают дополнительное образование по неотложной наркологии [12, 46].

## **5.2 Лекарственные препараты детоксикационной терапии в стандартах специализированной медицинской помощи при состояниях, вызванных употреблением психоактивных веществ**

Наркологическая специализированная помощь оказывается согласно стандартам медицинской помощи в наркологии, утверждённым Приказом МЗ РФ от 4 сентября 2012 г. №124н-135н «Об утверждении стандартов специализированной медицинской помощи при состояниях, вызванных употреблением психоактивных веществ» [42, 160]. Семь из них (№125н-127н, 129н, 131н, 133н, 135н) используются для оказания помощи наркологическим больным в условиях стационара, из них пять (№125н, 126н, 129н, 131н, 135н) - в отделении реанимации и интенсивной терапии. В стандартах специализированной медицинской помощи ЛС представлены несколькими наименованиями в каждой группе (Приложение Б, таблица Б.4). Например, препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ, содержат 14 наименований, кроветворение и кровь – 12 и т.д. Врачу предоставляется возможность выбора ЛП в каждой группе, например, дротаверин или папаверин; диклофенак, индометацин или кеторолак и т.д. Нами был проведен анализ стандартов лечения, являющихся основой для фармакотерапии, и, соответственно, для лекарственного обеспечения отделения ОРИТ; обобщены и систематизированы данные стандартов №125н, 126н, 129н, 131н, 135н, используемых в ОРИТ. Проведено распределение ЛС, входящих в состав перечней указанных стандартов лечения, по группам АТС классификации (Приложение Б, таблица Б. 9). Установлено, что при лечении

наркологических заболеваний в ОРИТ рекомендовано использовать ЛП восьми групп по АТС классификации (А, В, С, Н, М, N, R и V) (рис. 5.4).



Рисунок 5.4 – Распределение по группам АТС классификации ЛС, входящих в состав перечней стандартов лечения в наркологии, предназначенных для детоксикационной терапии

### 5.3 Порядок формирования ассортиментного списка отделения реанимации наркологического стационара

Наркологическая помощь оказывается за счет ассигнований федерального бюджета и бюджета РТ [13]. Наркологические стационары РТ получают ЛП на основании годовой заявки со склада оптово-розничного предприятия - ГУП «Медицинская техника и фармация Татарстана» («Таттехмедфарм»). В результате неформализованного интервьюирования фармацевтического персонала аптеки ГАУЗ «РНД МЗ РТ» установлено, что расчеты потребности в ЛПДТ для ОРИТ базируются на соответствии:

- фактическому расходу за предыдущий год;
- назначениям лечащего врача (листы назначений);
- Перечню ЖНВЛП;

- стандартам специализированной медицинской помощи при состояниях, вызванных употреблением психоактивных веществ;
- бюджету стационара (рис. 5.5).



Рисунок 5.5 – Формирование ассортимента списка лекарственных препаратов для отделения реанимации наркологического стационара

Текущая потребность отделения реанимации в ЛПДТ обеспечивается на основании назначений лечащего врача в «Медицинской карте стационарного больного», согласованных с клиническим фармакологом, и с учетом наличия ЛПДТ в аптеке стационара (согласование с лечащим врачом возможности замены ЛП в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи).

#### **5.4 Оценка потребительских свойств лекарственных препаратов детоксикационной терапии в отделении реанимации врачами-наркологами**

Изучение подходов к оказанию медицинской помощи при отравлениях ПАВ (глава 1) позволило выделить ЛП, которые используются на различных этапах ИДТ (рис. 5.6).

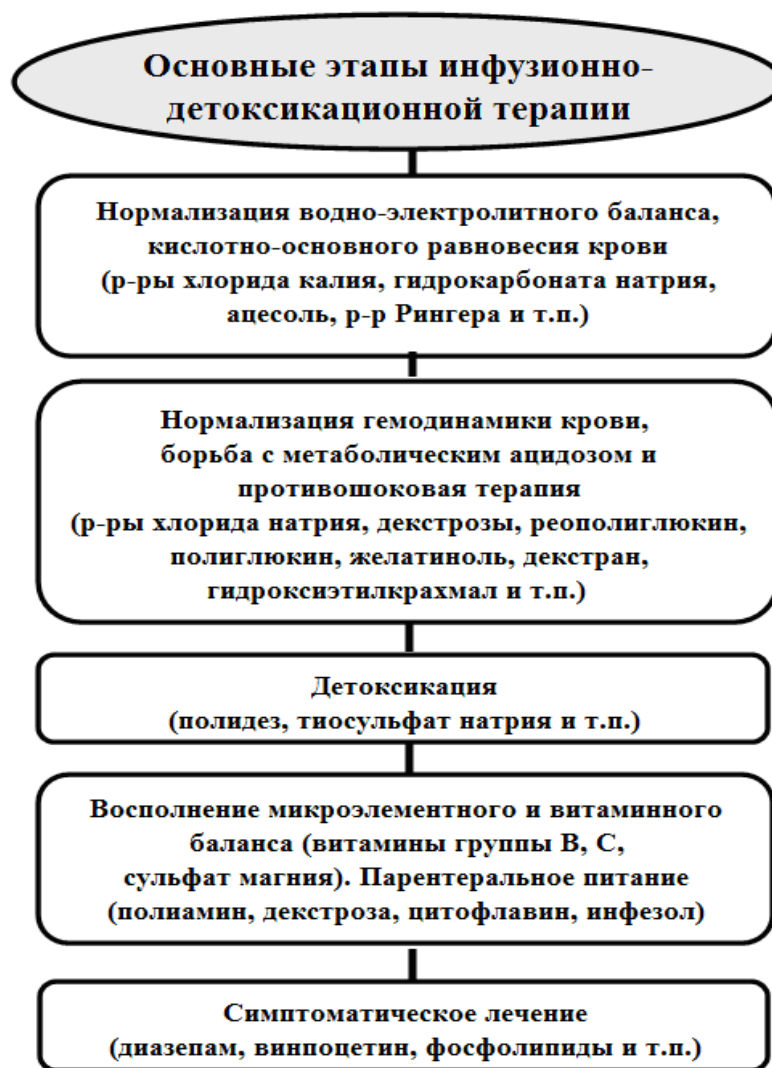


Рисунок 5.6 – Этапы инфузионно-детоксикационной терапии при отравлении психоактивными веществами

Во время ИДТ больной получает в среднем 6-11 различных ЛПДТ, в том числе инфузионные растворы сложного электролитного состава, поливитаминные и полиаминокислотные рецептуры.

Поскольку одним из критериев формирования ассортиментного списка лекарственных препаратов являются назначения врача, представлялось интересным изучить мнение о потребительских свойствах ЛПДТ экспертов-врачей, работающих в наркологических стационарах Республики Татарстан. Анализ результатов позволит дать рекомендации при определении маркетинговой стратегии по ЛПДТ институциональным потребителям Республики Татарстан для ведения ими ассортиментной политики.

Экспертная оценка потребительских свойств ЛПДТ проводилась врачами-наркологами по следующим показателям: терапевтическая эффективность, ценовая доступность, рациональность лекарственной формы и дозировки, наличие побочных эффектов и противопоказаний. В исследовании первоначально была разработана анкета для врачей-наркологов (приложение В, таблица В.5).

В первом разделе анкеты для оценки компетентности респондента были представлены следующие данные: пол, возраст, должность в ЛПУ, стаж работы, наличие ученой степени. Во втором разделе анкеты респондент оценивал потребительские свойства ЛПДТ (по четырехбалльной шкале). ЛПДТ были представлены 96 торговыми наименованиями в соответствии со стандартами оказания специализированной помощи в наркологии, утвержденными Министерством Здравоохранения Российской Федерации и с учетом мнения врачей наркологических стационаров Республики Татарстан. В качестве критериев комплексной оценки потребительских свойств ЛПДТ для врачей была использована оценка с точки зрения терапевтической эффективности, наличия побочных эффектов, противопоказаний, рациональности лекарственной формы и дозировки, ценовой доступности [139].

Группы экспертов формировались по методу «снежного кома», который дает достаточно высокую полноту и достоверность ответов. При этом от каждого компетентного специалиста, привлекаемого в качестве эксперта, получали рекомендации в отношении других специалистов – участников опроса [52].

Генеральная совокупность всех респондентов составила 36 человек. Количество врачей-экспертов, обеспечивающее репрезентативность выборки, рассчитывали с применением калькулятора расчета размера выборки по формуле 2.6 (глава 2). В результате в экспертную группу входили 33 врача нарколога. По результатам обработки первой части анкет была составлена характеристика экспертов-врачей наркологических стационаров, которая представлена на рис. 5.7. В большинстве это мужчины в возрасте 40-49 лет со стажем работы 15-25 лет, работающие в стационаре в должности врача-нарколога, в основном не имеющие ученую степень.

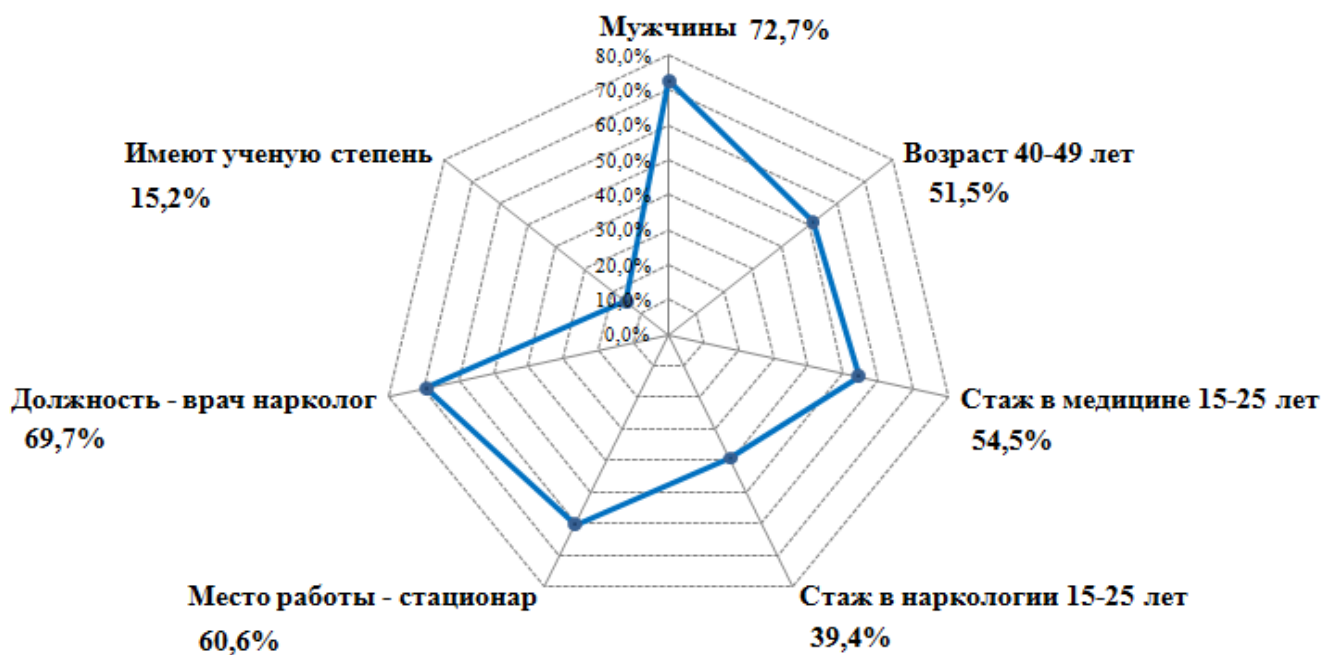


Рис. 5.7 - Результаты обработки первой части анкеты (характеристика экспертов)

С целью получения достоверных данных в ходе исследования, для каждого эксперта были рассчитаны коэффициенты компетентности с использованием формулы 2.7 (глава 2). Низкий уровень компетентности эксперта оценивался при  $K < 0,7$ , средний уровень при  $0,7 \leq K \leq 0,9$ , а высокий уровень при  $0,9 < K \leq 1$  [52].

При оценке профессиональной компетентности врачей-наркологов, принявших участие в опросе, установлено, что 52% экспертов имели средний уровень компетентности и 48% – высокий уровень. Средний показатель компетентности составил 0,86 (компетентность находилась в интервале 0,73-1,0).

Экспертами комплексная оценка потребительских свойств ЛПДТ по всем параметрам проводилась по четырехбалльной шкале (приложение В, таблица В.5). Ценовая доступность ЛПДТ явилась значимой только для 5,3% врачей-наркологов. Факторами, которые влияют на выбор ЛПДТ, были названы: терапевтическая эффективность (43,2%), безопасность - наличие побочных эффектов (22,1%), противопоказаний (8,3%), рациональность лекарственной формы и дозировки (21,1%).

Коэффициенты весомости мнений экспертов, рассчитанные по формуле 2.8 (глава 2) представлены в табл. 5.1.

**Коэффициенты весомости мнений экспертов при проведении ранжирования лекарственных препаратов детоксикационной терапии**

Оцениваемый параметр	Коэффициент весомости мнений экспертов
Эффективность терапевтическая	0,52
Безопасность	0,31
Рациональность лекарственной формы и дозировки	0,17

Установлено, что при выборе ЛПДТ подавляющее количество экспертов руководствовались их терапевтической эффективностью и безопасностью.

В исследовании были рассчитаны «Средневзвешенные оценки» основных потребительских свойств для каждого ЛПДТ по формуле 2.9 (глава 2). Использование данного показателя позволило ранжировать ЛПДТ с учетом всех анализируемых параметров, топ-10 ЛПДТ представлен в таблице 5.2.

С помощью коэффициента конкордации, рассчитанного по формуле 2.10 (глава 2), проводили проверку согласованности мнений экспертов при проведении ранжирования ЛПДТ. Установлено, что значение коэффициента конкордации мнений экспертов при проведении ранжирования ЛПДТ было в интервале 0,72-0,88, т.е. эксперты незначительно расходятся в оценке потребительских свойств ЛПДТ. Для оценки степени согласованности экспертов для каждого ЛПДТ были рассчитаны коэффициенты вариации по формуле 2.11 (глава 2). Поскольку коэффициенты вариации мнений экспертов при проведении ранжирования лекарственных препаратов были в интервале 10-20% (степень рассеивания данных средняя), совокупность представленных данных является однородной (см. табл. 5.2).



**Средневзвешенные оценки основных потребительских свойств  
лекарственных препаратов детоксикационной терапии (топ-10)**

Ранг	Лекарственный препарат	Средневзвешенные оценки			Средняя оценка совокупности параметров	Коэффициент конкордации	Коэффициент вариации
		Терапевтическая эффективность	Безопасность - наличие побочных эффектов	Рациональность лекарственной формы и дозировки			
1	Раствор натрия хлорида для инф. 0,9% - 200,0	3,53	3,58	3,57	3,56	0,87	10,02
2	Раствор декстрозы для инф. 5% - 200,0	3,41	3,44	3,51	3,45	0,88	10,42
3	Раствор декстрана для инф. 10% - 200,0	3,48	3,41	3,40	3,43	0,81	16,92
4	Раствор декстрозы для инъек. 40% - 10,0	3,37	3,45	3,44	3,42	0,84	10,20
5	Раствор декстрана для инф. 6% - 200,0	3,32	3,40	3,41	3,38	0,72	18,72
6	Раствор калия хлорида с натрия ацетатом и натрия хлоридом для инф. 200,0	3,33	3,22	3,24	3,26	0,85	10,44
7	Раствор магния сульфата для инъек. 25%-10,0	3,19	3,19	3,26	3,21	0,88	10,68
8	Раствор натрия ацетата с натрия хлоридом для инф. 200,0	3,21	3,22	3,18	3,20	0,87	15,92
9	Раствор аскорбиновой кислоты для инъек. 5%-2,0	3,08	3,20	3,19	3,16	0,72	19,52
10	Раствор тиамин хлорида для инъек. 5%-1,0	3,05	3,15	3,13	3,11	0,73	18,20

Полученные в исследовании данные коэффициентов конкордации и вариации мнений экспертов при проведении ранжирования ЛПДТ показали, что среди зарегистрированных на фармацевтическом рынке ЛП имеется лидирующая группа ЛПДТ. В исследовании результаты [139] по оценке потребительских свойств ЛПДТ были систематизированы по ФТГ и позволили выявить ЛП – лидеры врачебных предпочтений в каждой ФТГ (табл. 5.3).

Таблица 5.3

**Перечень лекарственных препаратов – лидеров врачебных предпочтений при инфузионно-детоксикационной терапии**

Фармакотерапевтическая группа лекарственных препаратов	Наименование лекарственного препарата детоксикационной терапии
Витамины	Раствор аскорбиновой кислоты для инъекц. 5%-2,0
	Раствор никотиновой кислоты для инъекц. 1%-1,0
	Раствор пиридоксина гидрохлорида для инъекц. 5%-1,0
	Раствор тиамин хлорида для инъекц. 5%-1,0
	Раствор цианокобаламина для инъекц. 200,0 мкг - 1,0
Диуретические средства	Раствор фуросемида для инъекц. 20 мг - 2,0
Плазмозамещающие средства	Раствор декстрана для инф. 10% - 200,0
	Раствор декстрана для инф. 6% - 200,0
	Раствор натрия хлорида для инф. 0,9%-200,0
Препараты для коррекции кислотно-основного баланса	Раствор калия хлорида для инъекц. 4%-10,0
	Раствор кальция хлорида для инъекц. 10%- 10,0
	Раствор магния сульфата для инъекц. 25%-10,0
Регидратирующие средства	Раствор калия хлорида с натрия ацетатом и с натрия хлоридом для инф. 200,0
	Раствор натрия ацетата с натрия хлоридом для инф. 200,0
Средства углеводного питания	Раствор декстрозы для инф. 5%-200,0
	Раствор декстрозы для инъекц. 40% - 10,0

Врачи наркологического стационара выявили предпочтения среди ЛПДТ, основываясь на их эффективности и безопасности, отмечая меньшее влияние на выбор стоимости лекарств (5,3%). Однако для формирования ассортиментного списка ЛПДТ необходимо проведение комплексной оценки эффективности и стоимости терапии в зависимости от применяемых комбинаций ЛС. При ИДТ

очень важно использовать более эффективные и экономически целесообразные схемы детоксикации и исключать малоэффективные [18, 36, 106, 148].

### **5.5 Стандартизация лекарственных назначений – выявление схем фармакотерапии в отделении реанимации**

Анализ ассортимента аптечной организации РНД МЗ РТ показал, что в ОРИТ наркологического стационара используется определенный перечень ЛПДТ (раздел 4.4) и выявлены врачебные предпочтения при назначении ЛПДТ (раздел 5.4). Целью данного этапа исследования было выявить схемы ИДТ, назначаемые в ОРИТ, как фактор, влияющий на формирование ассортиментного списка ЛПДТ.

Для научного анализа нами использовалась вся совокупность данных о пациентах ОРИТ, находящихся в тяжелом состоянии, которым проводилась инфузионно-детоксикационная терапия за период с января 2011 по январь 2016 гг. (696 чел.). В процессе исследования была проведена выкопировка, систематизация, анализ и сравнение 650 листов назначений больных ОРИТ пяти бюджетных наркологических стационаров в городах Казань, Набережные Челны, Альметьевск, Зеленодольск и Нижнекамск, а так же 46 больных клиники негосударственной формы собственности г. Казани.

В исследовании использовались разработанные и заполненные нами на основании листов назначений в ОРИТ статистические карты выкопировки из медицинской документации (раздел 2.2), содержащие в графе «Назначенные лекарственные средства» перечень и указания о кратности приема ЛПДТ (пример оформления статистической карты приведен в Приложении Б, таблица Б.1).

Лекарственные препараты детоксикационной терапии, назначенные больному в отделении ОРИТ, систематизированные по группам согласно АТС-классификации, с указанием наименования, дозы (концентрации), кратности приема, были выкопированы и внесены в таблицу с помощью программы Microsoft Office Excel.

Обработка полученных данных позволила выделить 13 вариантов назначений ЛПДТ – схем лечения (Приложение Б, таблица Б.11).

Установлено, что в исследуемых вариантах назначений ЛС используются препараты шести групп по АТС классификации – А, В, С, N, R и V (рис. 5.8).



Рисунок 5.8 – Распределение по группам АТС классификации лекарственных средств, входящих в состав перечней по схемам инфузионно-детоксикационной терапии

Далее были определены критерии предоставления информации о ЛПДТ в схемах лечения:

- МНН, доза (концентрация), объем, кратность введения;
- группа лекарственных средств по АТС-классификации;
- распределение ЛП в схеме в соответствии с этапами ИДТ при отравлении психоактивными веществами (см. рис. 5.6) (нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия; нормализация гемодинамики крови; борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия; детоксикация; восполнение микроэлементного и витаминного баланса, парентеральное питание; симптоматическое лечение).

Далее в данной работе для удобства восприятия варианты назначений нами были обозначены «схемы ИДТ», а ЛС «перечень ЛС по схеме ИДТ».

Состав выявленных схем (13 схем) ИДТ в отделении реанимации наркологических стационаров представлен в Приложении Б, таблица Б.10.

В исследуемой совокупности терапевтических назначений в ОРИТ наркологических стационаров Республики Татарстан преобладали терапии по схемам №5, 7-9. Меньше всего назначений было по схемам №4 и 13 (рис. 5.9).

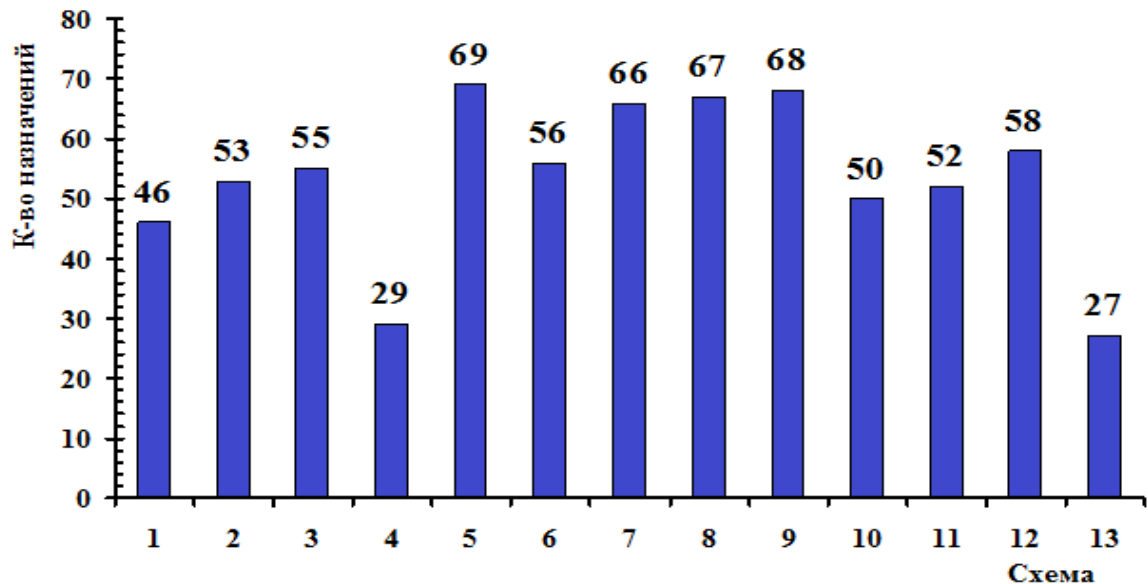


Рисунок 5.9 – Количество назначений терапии по схемам инфузионно-детоксикационной терапии

Таким образом, на основе изучения при скрининге научных публикаций подходов к оказанию лекарственной помощи при отравлении ПАВ, систематизации медицинской документации были выявлены варианты назначений ЛС при ИДТ (13 вариантов), которые соответствовали списку ЖНВЛП и перечню ЛС в стандартах лечения (рис. 5.10).

Исследуемые перечни ЛС по схемам ИДТ №2-13 традиционно применялись в бюджетных стационарах Республики Татарстан, а перечень ЛС №1 по схеме наркологической клиники негосударственной формы собственности был обозначен в исследовании как инновационный. Поскольку ранее перечни ЛС по терапевтическим схемам между собой не сравнивались, инновационный перечень в нашем исследовании был выбран компаратором.

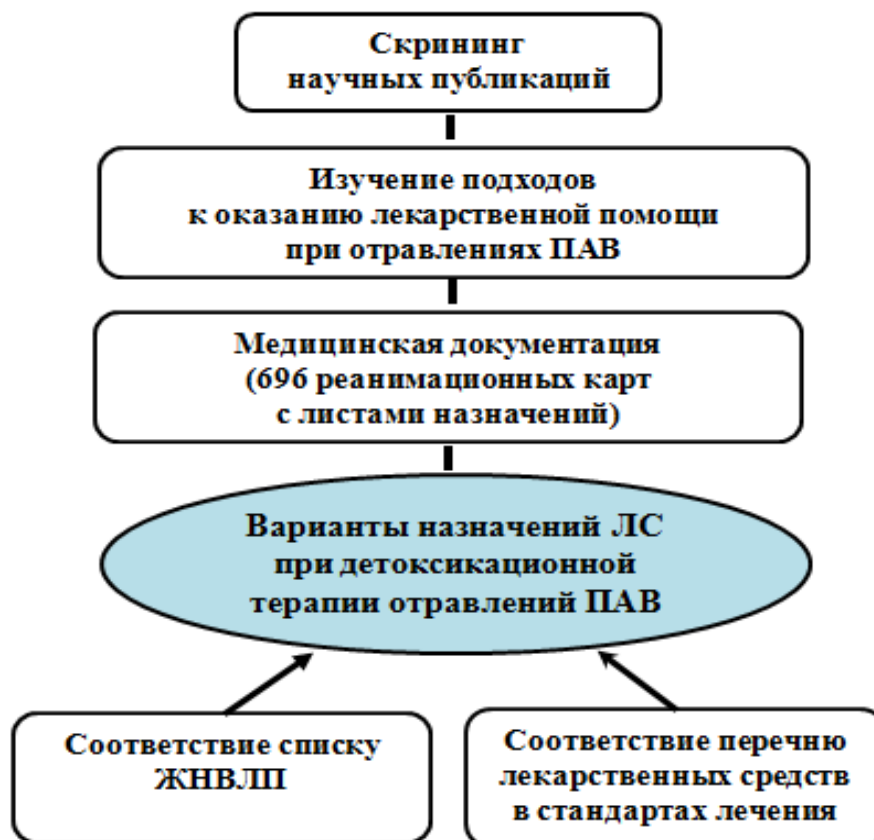


Рисунок 5.10 – Формирование вариантов назначений лекарственных средств при инфузионно-детоксикационной терапии в отделении реанимации

Отличительной особенностью инновационного перечня является то, что согласно данным медицинской документации о пациентах, принимающих терапию по инновационной схеме, риск смерти и степень тяжести их состояния уменьшались быстрее. Кроме того было отмечено, что только в инновационном перечне были представлены инъекционные растворы гидроксиэтилкрахмала (инфукола) и этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидола).

Отобранные схемы ИДТ отравлений ПАВ были использованы далее в исследовании для достижения поставленной цели.

### Заключение по главе 5

Анализ стандартов медицинской помощи в наркологии показал, что в них лекарственные препараты представлены несколькими наименованиями в каждой группе, что дает возможность врачу выбрать ЛП из каждой группы. Оценка потребительских свойств ЛПДТ в отделении реанимации врачами-наркологами позволила ранжировать их с учетом всех анализируемых параметров (топ-10).

В результате неформализованного интервьюирования фармацевтического персонала аптеки ГАУЗ «РНД МЗ РТ» установлено, что текущая потребность отделения реанимации в ЛПДТ обеспечивается на основании назначений лечащего врача и с учетом наличия ЛПДТ в аптеке стационара.

Анализ данных о пациентах ОРИТ за период 2011-2016 гг. (696 чел.) позволил выявить схемы ИДТ, как фактор, влияющий на формирование ассортиментного списка ЛПДТ. На основе систематизации медицинской документации были выявлены варианты назначений ЛС при ИДТ (13 вариантов). Исследуемые перечни ЛС по схемам ИДТ №2-13 традиционно применялись в бюджетных стационарах РТ, перечень ЛС №1 по схеме наркологической клиники негосударственной формы собственности был обозначен в исследовании как инновационный. Согласно данным медицинской документации о пациентах, принимающих терапию по инновационной схеме, риск смерти и степень тяжести их состояния уменьшались быстрее. Анализ стандартов лечения в наркологии показал, что ЛП относятся к восьми группам по АТС классификации, а в исследуемых вариантах назначений ЛС использовались препараты шести групп по АТС классификации. В исследуемой совокупности терапевтических назначений в ОРИТ наркологических стационаров Республики Татарстан преобладали терапии по схемам №5, 7-9. Меньше всего назначений было по схемам №4 и 13.

Исследования показали, что для формирования ассортиментного списка ЛПДТ необходимо проведение комплексной оценки эффективности и стоимости терапии в зависимости от применяемых комбинаций ЛС, и это открывает возможности оптимизации лекарственного обеспечения.

## **ГЛАВА 6. РАЗРАБОТКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНФУЗИОННО-ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

В исследовании установлено, что ЛПДТ представляют собой достаточно разнообразный сегмент фармацевтического рынка. В ОРИТ наркологических клиник РТ пациентам оказывалась специализированная помощь с использованием нескольких вариантов схем ИДТ, фармакоэкономический анализ которых не проводился. В исследовании необходимо было выявить резервы экономии бюджетных средств за счет оптимизации лекарственного обеспечения фармакотерапии наркологических больных с использованием методов фармакоэкономического анализа. Президентом в майском Указе 2018 года рекомендовано Правительству РФ при разработке национального проекта в сфере здравоохранения исходить из того, что к 2024 году необходимо обеспечить использование протоколов лечения больных в целях формирования тарифов на оплату медицинской помощи. Это подтверждает необходимость фармакоэкономической оценки ИДТ пациентов ОРИТ.

### **6.1 Фармакоэкономический анализ терапевтических технологий отравлений психоактивными веществами**

В клинической фармакологии часто употребляют термин «рациональное использование лекарств», который подчеркивает обязательную совокупность терапевтической эффективности, безопасности и экономической эффективности лечения. Растущая стоимость медицинской помощи и нерациональное использование ресурсов при применении малоэффективных схем терапии создает необходимость проведения фармакоэкономического анализа терапевтических технологий [106, 122, 130, 164, 170, 175, 196].

Для решения поставленных задач был проведен фармакоэкономический анализ выявленных ранее в исследовании 13 перечней ЛС по схемам инфузионно-



детоксикационной терапии, которые применялись в наркологических клиниках Республики Татарстан (Приложение Б, таблица Б.11).

### 6.1.1 Анализ эффективности и затрат

Первоначально в исследовании был выбран показатель эффективности для проведения фармакоэкономического анализа схем инфузионно-детоксикационной терапии - «функция больничной койки» (ФБК). Объем стационарной помощи напрямую зависит от возможности обслуживать одной больничной койкой то или иное число пациентов. Анализ литературы показал, что вопросы интенсивного использования койки наркологического стационара за счет более эффективной терапии авторами не рассматривались, что подчеркивает актуальность данных исследований [29, 42, 51, 69, 117, 130].

Показатель ФБК рассчитывали по формуле 2.13 приведенной в главе 2 представленной диссертации (табл. 6.1).

Таблица 6.1

#### Эффективность по критерию функция больничной койки

№ схемы	Количество пациентов, N	Сумма койко-дней, К	Функция больничной койки, ФБК (чел/год)
1	46	138	93
2	53	265	56
3	55	220	70
4	29	116	70
5	69	276	70
6	56	280	56
7	66	264	70
8	67	268	70
9	68	272	70
10	50	200	70
11	52	208	70
12	58	290	56
13	27	108	70

Анализ эффективности показал, что при использовании в терапии отравлений ПАВ инновационной схемы №1 коечный фонд использовался наиболее интенсивно, так как одна реанимационная койка обслуживала

93 пациента в год. Менее эффективно использовался коечный фонд при терапии по схемам №2, 6 и 12, так как показатель ФБК был равен 56 чел/год (на 37 меньше). При назначении схем №3-5, 7-11 и 13 было пролечено 70 чел/год (на 23 меньше) пациентов в год на одной реанимационной койке.

Наибольший показатель эффективности использования койки отделения реанимации тесно связан с клинической эффективностью и свидетельствует о сокращении длительности курса лечения больного.

В данном исследовании прямые медицинские затраты были рассчитаны по формуле 2.14 (глава 2) суммированием затрат на лекарственные препараты, на расходные медицинские материалы (РММ) и стоимости койко-дня лечения в отделении реанимации.

Затраты на фармакотерапию были рассчитаны по формуле 2.15 (глава 2) с использованием отпускных цен на лекарственные препараты на основании данных ГУП «Таттехмедфарм» (оптовые цены трех фирм-дистрибьюторов) (Приложение В, таблица В.3).

Затраты на РММ (Приложение В, таблица В.4) для пациентов отделения реанимации наркологического профиля (внутривенная, внутримышечная или подкожная инъекция, внутривенное капельное введение) были рассчитаны по формуле 2.16 (глава 2) и в соответствии с положениями Тарифного соглашения об оплате медицинской помощи в РТ.

Стоимость стационарной медицинской помощи рассчитывали с учетом республиканского норматива длительности госпитализации и тарифа стоимости койко-дня с учетом уровня медицинского учреждения. Базовые тарифы стоимости койко-дня приведены в таблицах 1.1., 1.1.1 приложения 1 к Тарифному соглашению на 2016 год [16].

В нормативную стоимость койко-дня реанимации входило: размещение пациента, питание, консультации врачами, уход младшего медицинского персонала, лекарственные препараты и РММ (20% от стоимости койко-дня), суточное наблюдение врача-реаниматолога, процедуры сестринского ухода [9].

На один койко-день в стационаре было выделено за счет средств бюджета и ОМС 2 686,10 рублей (базовый тариф). Стоимость койко-дня в отделении реанимации выше на 20% от базового тарифа, т.е. 3 223 руб. Для наркологических диспансеров Республики Татарстан введен коэффициент уровня медицинского учреждения в среднем 1,1127 [13, 16].

Расчеты показали, что стоимость одного койко-дня в отделении реанимации наркологического стационара Республики Татарстан составила  $3\,223 \cdot 1,11270 = 3\,587$  рублей. За вычетом стоимости лекарственных препаратов и РММ (20%) стоимость остальной части койко-дня составила 2 869 рублей (табл. 6.2).

Таблица 6.2

**Прямые затраты на один день и годовой бюджет  
инфузионно-детоксикационной терапии**

№ схемы	Затраты на лекарственные препараты, руб./день	Затраты на расходные медицинские материалы, руб./день	Стоимость койко-дня, руб./день	Прямые затраты, руб./день	Годовой бюджет терапии, руб./год
1	1 955	365	2 869	5 189	1 452 920
2	578	284	2 869	3 731	1 044 680
3	692	191	2 869	3 752	1 050 560
4	646	191	2 869	3 706	1 037 680
5	303	373	2 869	3 545	992 600
6	503	228	2 869	3 600	1 008 000
7	119	274	2 869	3 262	913 360
8	315	240	2 869	3 424	958 720
9	108	213	2 869	3 190	893 200
10	198	199	2 869	3 266	914 480
11	114	213	2 869	3 196	894 880
12	140	344	2 869	3 353	938 840
13	209	399	2 869	3 477	973 560

Установлено, что стоимость инфузионно-детоксикационной терапии по затратам на лекарственные препараты на 1 день лечения варьировала от 108 рублей (схема №9) до 692 рубля (схема №3), разница составляла 584 руб.

Инновационная терапевтическая схема отличалась более высокой стоимостью лекарственных препаратов – 1 955 руб., т.е. на 1 263 руб. была дороже стоимости лекарственных препаратов схемы №3.

Анализ показал, что затраты на РММ на один день инфузионно-детоксикационной терапии варьировали от 191 (схема №3, 4) до 399 рублей (схема №13), разница составляла 208 рублей. Схема №1 имела меньшую стоимость РММ – 365 руб., чем схема №13.

Прямые затраты на один койко-день инфузионно-детоксикационной терапии по традиционным схемам варьировали от 3 190 (схема №9) до 3 752 руб. (схема №3), разница составляла 562 рубля. Аналогичные затраты для инновационной схемы составили 5 189 рублей. Структура и процентное соотношение затрат на терапию были представлены на рисунке 6.1. Наибольшая часть затрат инновационной технологии (38%) – это стоимость фармакотерапии.

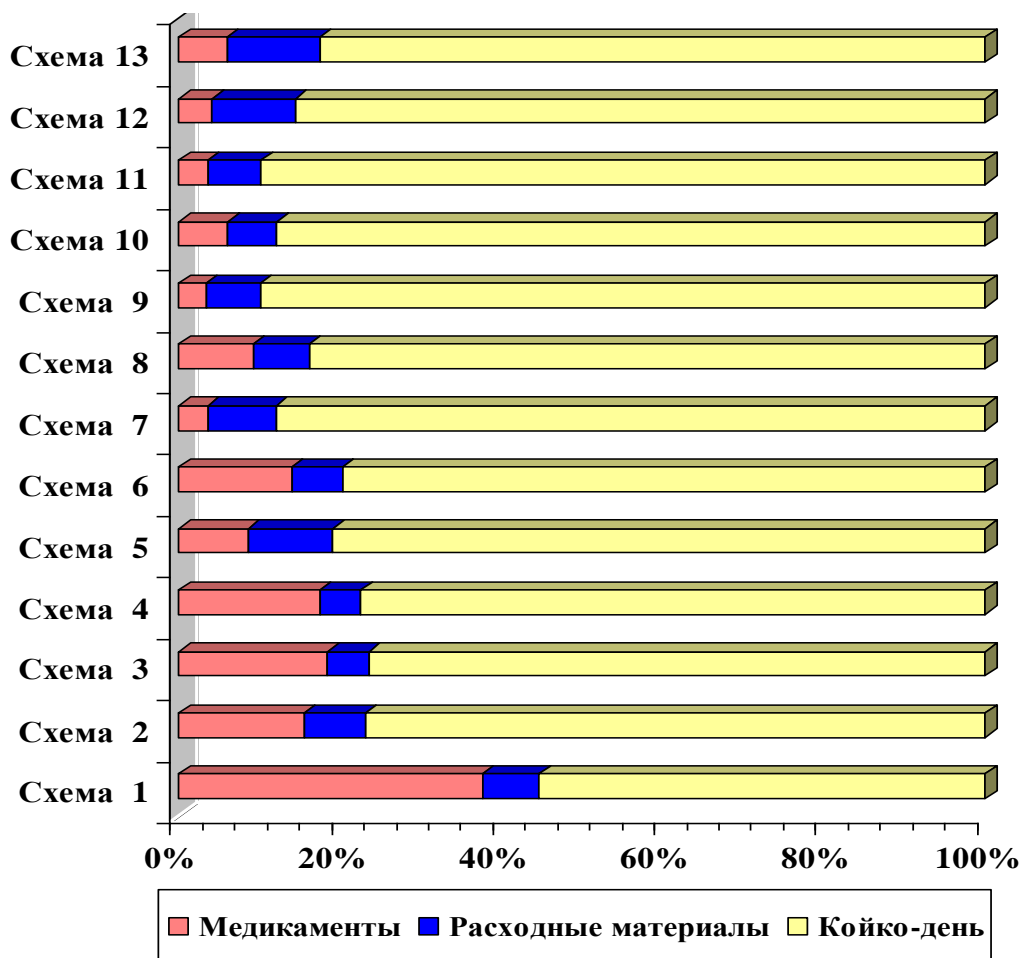


Рисунок 6.1 – Структура затрат на инфузионно-детоксикационную терапию

Более низкая стоимость одного койко-дня позволит наиболее интенсивно использовать коечный фонд стационара.

На следующем этапе был проведен расчет годового бюджета для каждой анализируемой схемы инфузионно-детоксикационной терапии. Для этого после вычисления прямых затрат на один койко-день результат умножался на среднегодовой норматив занятости койки реанимации 280 дней в году.

Максимальный годовой бюджет традиционной инфузионно-детоксикационной терапии был представлен схемой №3 (1 050 560 руб.), а минимальный – схемой №9 (893 200 руб.), разница составляла 157 360 руб. Бюджет инновационной схемы составил 1 452 920 руб., что дороже затрат в год для схемы №3 на 402 360 руб. (см. табл. 6.2).

### 6.1.2 Анализ «затраты-эффективность» и «минимизации затрат»

Анализ «затраты-эффективность» (СЕА) позволяет провести сравнение изучаемых медицинских технологий с помощью расчета удельной стоимости на единицу эффекта [178].

Таблица 6.3

#### Удельная стоимость на единицу эффективности по критерию функция больничной койки при инфузионно-детоксикационной терапии

№ схемы	Годовой бюджет терапии, руб./год	ФБК, чел/год	Затраты на курс лечения, руб./чел.
1	1 452 920	93	15 623
2	1 044 680	56	18 655
3	1 050 560	70	15 008
4	1 037 680	70	14 824
5	992 600	70	14 180
6	1 008 000	56	18 000
7	913 360	70	13 048
8	958 720	70	13 696
9	893 200	70	12 760
10	914 480	70	13 064
11	894 880	70	12 784
12	938 840	56	16 765
13	973 560	70	13 908

При проведении анализа «затраты-эффективность» были рассчитаны по формуле 2.17 (глава 2) затраты на лечение одного пациента на одной койке отделения реанимации по определенной терапевтической схеме (табл. 6.3).

Результаты проведенного анализа свидетельствовали, что коэффициент «затраты-эффективность» (CER) для инновационной схемы инфузионно-детоксикационной терапии составил 15 623 руб. Стоимость достижения единицы эффективности для схемы №9 была наименьшая (12 760 руб.).

Установлено, что из двенадцати традиционно применяемых в бюджетных наркологических стационарах Республики Татарстан терапевтических схем инфузионно-детоксикационной терапии наиболее экономически предпочтительна была схема №9. В результате проведенных исследований можно сделать заключение, что инновационная схема в сравнении с традиционной схемой №9 была более эффективна по выбранному критерию эффективности (ФБК= 93 чел/год), но имела большее значение удельной стоимости на единицу эффективности, т.е. являлась «затратно-эффективной».

С целью оптимизации внутри групп схем с одинаковой эффективностью были определены две основные группы: с показателем ФБК равным 56 (схемы №2, 6 и 12) и 70 чел/год (схемы №3-5, 7-11 и 13). Затем в каждой группе методом «минимизации затрат» выявлялись схемы с минимальной стоимостью курса лечения.

В результате анализа «минимизация затрат» установлено, что среди терапевтических схем группы ФБК=70 чел/год оптимальной являлась схема №9 с затратами на одного пациента 12 760 руб. В группе ФБК=56 чел/год лидировала схема №12 с затратами на одного пациента 16 765 рублей. Среди них схема №9 имела большую эффективность.

По результатам исследования был составлен оптимальный по критерию эффективности ФБК ассортиментный список ЛПДТ согласно схемам №1, 9 и 12 (табл. 6.4).

**Ассортиментный список лекарственных препаратов детоксикационной терапии по схемам №1, 9 и 12, выявленным по критерию эффективности функция больничной койки**

№ схемы	Лекарственные препараты детоксикационной терапии
1	Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%-2,0
2	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) р-р для инъекций 0,1%-1,0
3	Гидроксиэтилкрахмал (инфукол) раствор для инфузий 6%-500,0
4	Декстроза (глюкоза) раствор для инфузий 5%-200,0
5	Декстроза (глюкоза) раствор для инъекций 40% - 10,0
6	Диазепам раствор для инъекций 0,5%-2,0
7	Дифенгидрамин (димедрол) раствор для инъекций 1%-1,0
8	Калия хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид (ацесоль) р-р для инфузий 400,0
9	Магния сульфат раствор для инъекций 25%-5,0
10	Натрия тиосульфат раствор для инъекций 30%-10,0
11	Натрия хлорид раствор для инфузий 0,9%-200,0
12	Пирацетам раствор для инъекций 20%-5,0
13	Пиридоксин раствор для инъекций 5%-1,0
14	Тиамин раствор для инъекций 5%-1,0
15	Тиоктовая кислота (Октолипен) концентрат для инфузий (амп.) 300мг-10,0
16	Этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол) р-р для инъекций 5%-2,0

Данные результаты могут быть использованы администрацией наркологического стационара для рассмотрения вопроса целесообразности применения более дорогих медицинских технологий при одинаковой эффективности и вопроса повышения эффективности детоксикационной терапии не только за счет дополнительных средств, но и за счет полученных при экономии бюджета.

Результаты фармакоэкономического анализа в данном исследовании были обобщены и представлены в виде фармакоэкономической модели оптимизации лекарственного обеспечения наркологических больных в отделении реанимации при инфузионно-детоксикационной терапии (рис. 6.2).



Рисунок 6.2 – Фармакоэкономическая модель оптимизации лекарственного обеспечения пациентов отделения реанимации наркологического стационара

Далее с применением метода моделирования были проведены анализы «влияния на бюджет» и «упущенных возможностей».

## 6.2 Разработка системы помощи для принятия фармацевтических решений при реализации мероприятий по оптимизации лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии

В рамках данного исследования были рассмотрены три сценария оптимизации лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологическом стационаре регионального уровня:

1) Внедрение в разной доле новой инновационной технологии по схеме №1 с целью сокращения длительности курса инфузионно-детоксикационной терапии.



2) Применение традиционных схем №9 и 12 и внедрение разной доли инновационной схемы №1 с целью увеличения количества пролеченных в отделении реанимации больных.

3) Перераспределение пациентов отделения реанимации на терапию по схемам №9 или 12 с целью экономии бюджетных средств.

При моделировании сценариев оптимизации лекарственного обеспечения пациентов отделения реанимации был рассчитан экономический эффект для ситуации, в которой 100 пациентов отделения реанимации, нуждающиеся в инфузионно-детоксикационной терапии, будут получать наиболее экономически предпочтительные терапии. По результатам моделирования были сформированы списки лекарственных препаратов для каждого сценария оптимизации.

#### **6.2.1 Анализ «влияния на бюджет»**

Анализ «влияния на бюджет» (ВИА) позволил оценить изменение бюджета отделения реанимации при внедрении определенной оптимальной схемы ИДТ.

План и результаты моделирования влияния на бюджет наркологического стационара внедрения разной доли инновационной схемы №1 с целью сокращения длительности курса инфузионно-детоксикационной терапии (сценарий 1) представлены в табл. 6.5.

Схемы были распределены с учетом их соотношения по листам назначений. Например, схема №2 назначалась 53 пациентам из когорты 650 человек, т.е. назначения по данной схеме составили 8% (8 из 100 больных). Для расчета бюджета терапии по схеме №2 количество назначений пациентам умножали на стоимость курса лечения:  $8 \text{ чел.} \cdot 18\,655 \text{ руб.} = 149\,240 \text{ руб.} = 149 \text{ тыс. руб.}$

Аналогичным образом были рассчитаны затраты на лечение пациентов отделения реанимации по остальным схемам.

При моделировании рассматривались ситуации, когда инновационная схема инфузионно-детоксикационной терапии не была внедрена (бюджет традиционных схем) и когда она была внедрена в разных долях: 10, 20% и т.д. до 100%.

**Моделирование «влияния на бюджет» внедрения разной доли  
инновационной технологии в работу наркологического стационара**

СХЕМА	КОЛИЧЕСТВО, ЧЕЛ							
	ПО ЛИСТАМ НАЗНАЧЕНИЙ	МОДЕЛИРОВАНИЕ НА 100 ПАЦИЕНТОВ						
<b>ПЛАН МОДЕЛИРОВАНИЯ</b>								
1	0	0	10	20	30	40	50	100
2	53	8	7	6	5	4	3	0
3	55	8	7	6	5	4	3	0
4	29	4	3	2	1	1	1	0
5	69	11	10	9	8	7	6	0
6	56	9	8	7	6	5	4	0
7	66	10	9	8	7	6	5	0
8	67	10	9	8	7	6	5	0
9	68	10	10	10	10	9	8	0
10	50	8	7	6	5	4	3	0
11	52	8	8	8	8	7	6	0
12	58	9	9	8	7	6	5	0
13	27	4	3	2	1	1	1	0
<b>ИТОГО</b>	<i>n=650</i>	100	100	100	100	100	100	100
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ</b>								
СХЕМА	БЮДЖЕТ, тыс. руб.							
1	0	156	312	469	625	781	1562	
2	149	131	112	93	75	56	0	
3	120	105	90	75	60	45	0	
4	59	44	30	15	15	15	0	
5	156	142	128	113	99	85	0	
6	162	144	126	108	90	72	0	
7	131	117	104	91	78	65	0	
8	137	123	110	96	82	69	0	
9	128	128	128	128	115	102	0	
10	104	91	78	65	52	39	0	
11	102	102	102	102	89	77	0	
12	151	151	134	117	101	84	0	
13	56	42	28	14	14	14	0	
<b>ИТОГО</b>	<b>1455</b>	<b>1476</b>	<b>1482</b>	<b>1487</b>	<b>1495</b>	<b>1504</b>	<b>1562</b>	
<b>Превышение бюджета, тыс. руб.</b>	-	21	27	32	40	49	107	
<b>Превышение бюджета, %</b>	-	1,4	1,9	2,2	2,7	3,4	7,4	

Выявлено, что затраты на моделируемую популяцию пациентов 100 человек с учетом распределения пациентов по традиционно применяемым схемам составили порядка 1 455 тыс. рублей (рис. 6.3).

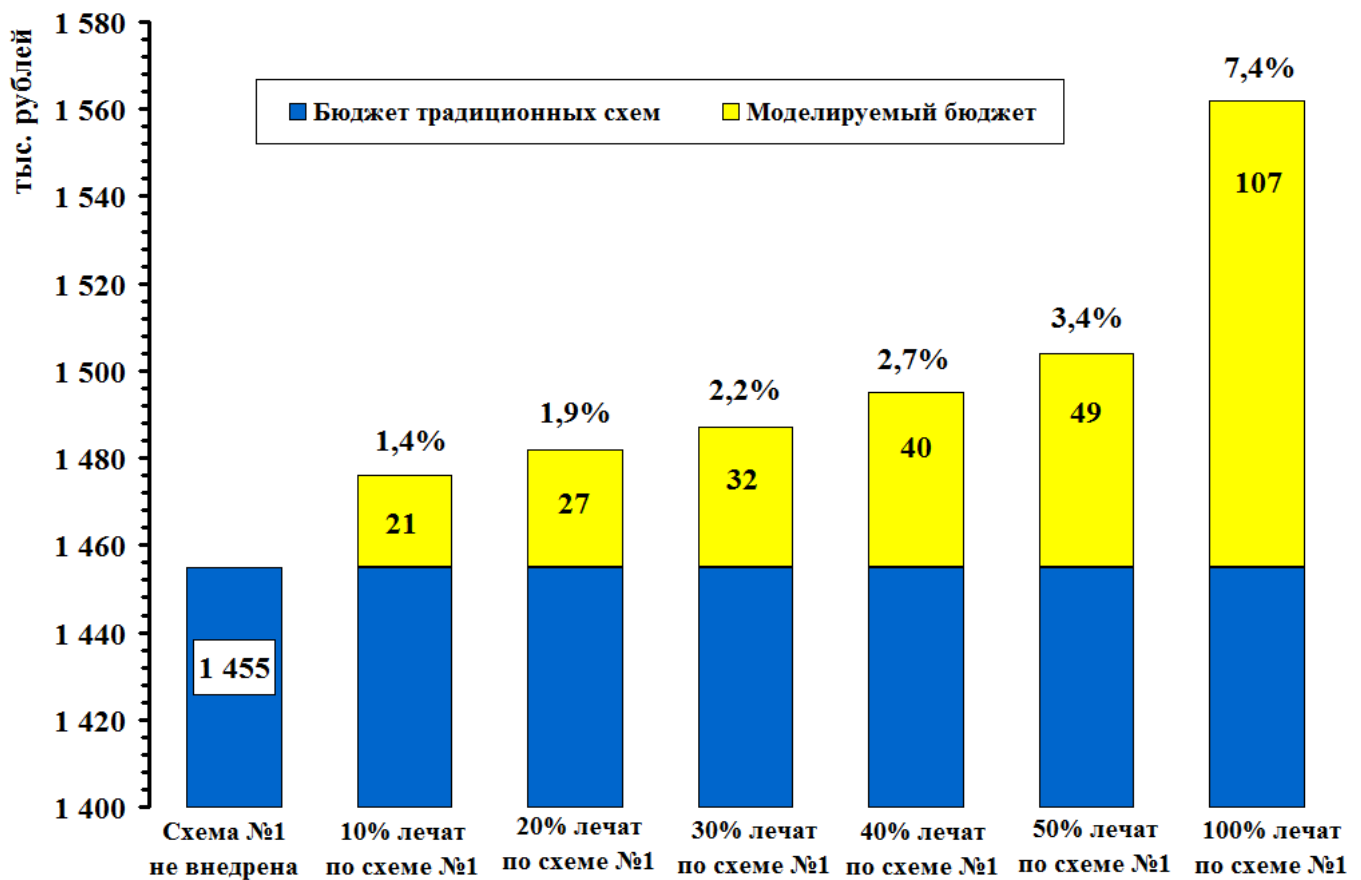


Рисунок 6.3 – Результаты анализа влияния на бюджет перевода различной доли пациентов на терапию по схеме №1

Установлено, что моделируемый бюджет перевода 50% пациентов на лечение по схеме №1 составил 1 504 тыс. руб., что потребует повышения бюджета 100% использования традиционной терапии на 49 тыс. рублей (3,4%).

Перевод 100% пациентов на терапию по схеме №1 потребует затрат в объеме 1 562 тыс. руб. или повышения бюджета на 107 тыс. руб. (7,4%).

Повышение бюджета терапии при внедрении схемы №1 сопровождается повышением показателя ФБК и в то же время уменьшением продолжительности госпитализации. При ФБК=93 чел/год срок терапии составил в среднем:  
 $D/ФБК = 280/93 = 3$  дня.

При терапии по традиционным схемам (ФБК=56 и 70 чел/год) длительность лечения для одного пациента составляла 5 и 4 дней соответственно.

Целью сценария №2 было увеличения количества пролеченных в отделении реанимации больных.

Представляется интересным развить анализ «влияния на бюджет», указав не только сумму, которая дополнительно потребуется на внедрение инновационной технологии, но и учесть экономию, которой можно добиться при переводе пациентов на более дешевые схемы №9 и 12. План и результаты моделирования представлены в табл. 6.6.

Таблица 6.6

**Моделирование «влияния на бюджет» перевода части пациентов на инновационную схему и одновременно на более дешевые схемы №9 и 12**

СХЕМА	КОЛИЧЕСТВО, ЧЕЛ							
	ПО ЛИСТАМ НАЗНАЧЕНИЙ	МОДЕЛИРОВАНИЕ НА 100 ПАЦИЕНТОВ						
<b>ПЛАН МОДЕЛИРОВАНИЯ</b>								
1	0	0	10	20	30	40	50	100
9	483	74	67	59	52	45	37	0
12	167	26	23	21	18	15	13	0
ИТОГО	<i>n=650</i>	100	100	100	100	100	100	100
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ</b>								
СХЕМА	БЮДЖЕТ, тыс. руб.							
1	0	156	312	469	625	781	1562	
9	944	855	753	664	574	472	0	
12	436	386	352	302	252	218	0	
<b>ИТОГО</b>	<b>1380</b>	<b>1397</b>	<b>1417</b>	<b>1435</b>	<b>1451</b>	<b>1471</b>	<b>1562</b>	
<b>Экономия, тыс. руб.</b>	75	-	-	-	-	-	-	
<b>Превышение бюджета схем 9 и 12, тыс. руб.</b>	-	17	37	55	71	91	182	
<b>Превышение, %</b>	5,2	1,2	2,7	4,0	5,1	6,6	13,2	

Перевод 100 пациентов отделения реанимации наркологического стационара на более дешевые традиционные схемы инфузионно-детоксикационной терапии №9 и 12 будет стоить:

$74 \times 12\,760 + 26 \times 16\,765 = 1\,380\,130$  руб. = 1 380 тыс. руб., что позволит добиться экономии бюджетных средств:  $1\,455 - 1\,380 = 75$  тыс. руб. (5,2%).

Эти средства могут быть использованы, например, для внедрения более эффективной инновационной схемы №1, требующей дополнительных затрат. Сэкономленные 75 тыс. руб. позволят пролечить по инновационной схеме без превышения бюджета традиционных схем более 40 пациентов в год (рис. 6.4).

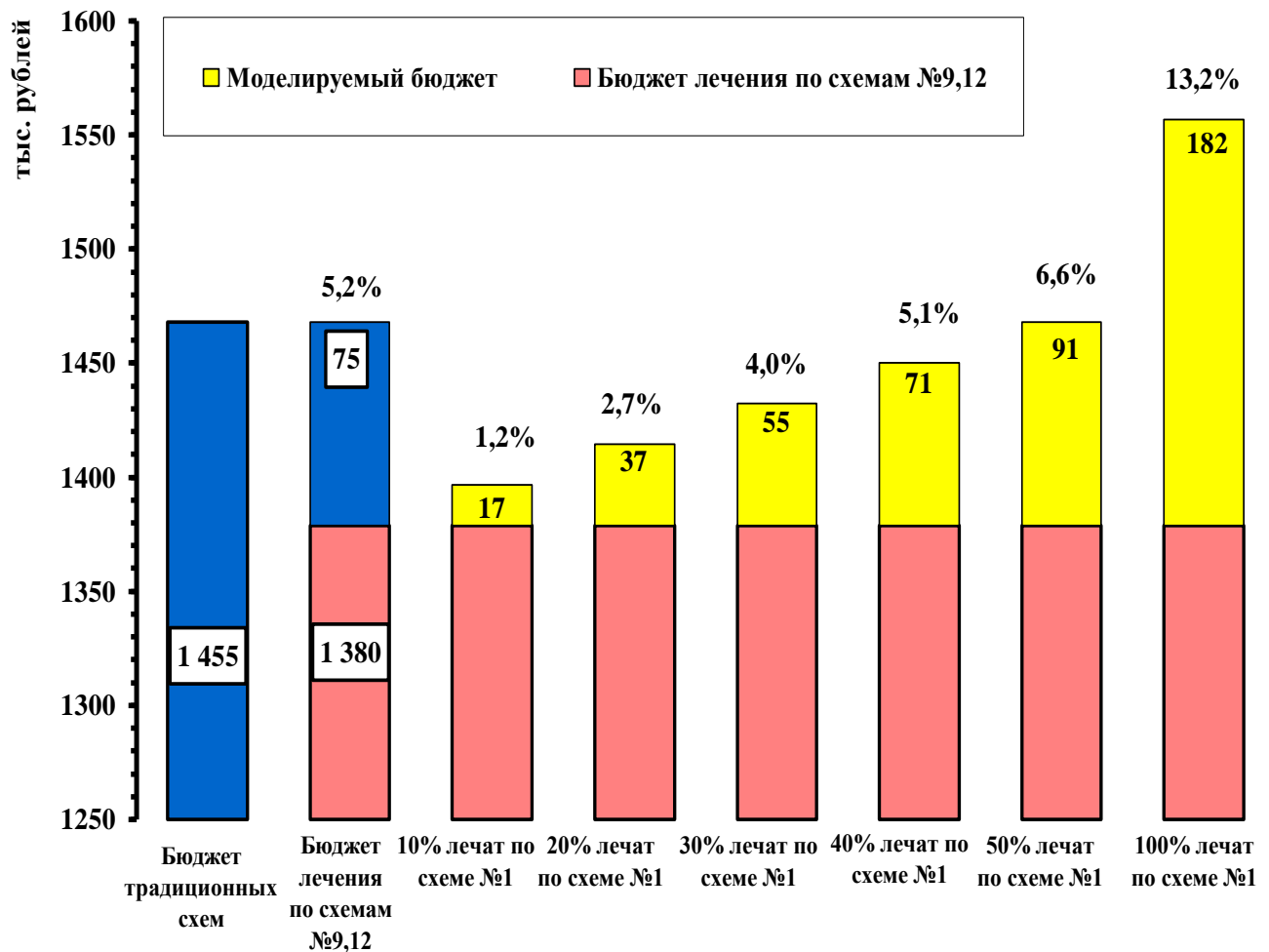


Рисунок 6.4 – Влияния на бюджет перевода пациентов на более дешевые схемы и с учетом перевода различной доли на терапию по инновационной схеме

Установлено, что перевод 50% пациентов на лечение по инновационной схеме повысит бюджет 100% использования схем №9 и 12 (1 380 тыс. руб.) на 91 тыс. рублей (6,6%). Аналогичный перевод 100% пациентов потребует затрат 1 562 тыс. руб. или повышения бюджета на 182 тыс. руб. (13,2%).

План третьего сценария моделирования и его результаты при перераспределении 100 пациентов отделения реанимации на терапию по более дешевым традиционным схемам №9 или 12 с целью экономии бюджетных средств представлены в табл. 6.7.

Таблица 6.7

**Моделирование «влияния на бюджет» перевода  
пациентов отделения реанимации на более дешевую схему №9**

СХЕМА	КОЛИЧЕСТВО, ЧЕЛ.		БЮДЖЕТ, тыс. руб.	КОЛИЧЕСТВО, ЧЕЛ.		БЮДЖЕТ, тыс. руб.
	ПО ЛИСТАМ НАЗНАЧЕНИЙ	МОДЕЛЬ 1		МОДЕЛЬ 2		
3	73	11	169	0	0	
4	48	7	109	0	0	
5	87	13	190	0	0	
7	84	13	169	0	0	
8	85	13	179	0	0	
9	87	13	171	100	1 276	
10	69	11	139	0	0	
11	71	11	140	0	0	
13	46	7	98	0	0	
<b>ИТОГО</b>	<b>650</b>	<b>100</b>	<b>1 363</b>	<b>100</b>	<b>1 276</b>	
ЭКОНОМИЯ БЮДЖЕТА 87 тыс. руб.						
<b>МОДЕЛИРОВАНИЕ «ВЛИЯНИЯ НА БЮДЖЕТ» ПЕРЕВОДА ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ НА БОЛЕЕ ДЕШЕВУЮ СХЕМУ №12</b>						
СХЕМА	КОЛИЧЕСТВО, ЧЕЛ.		БЮДЖЕТ, тыс. руб.	КОЛИЧЕСТВО, ЧЕЛ.		БЮДЖЕТ, тыс. руб.
	ПО ЛИСТАМ НАЗНАЧЕНИЙ	МОДЕЛЬ 1		МОДЕЛЬ 2		
2	214	33	614	0	0	
6	217	33	601	0	0	
12	219	34	565	100	1 677	
<b>ИТОГО</b>	<b>650</b>	<b>100</b>	<b>1780</b>	<b>100</b>	<b>1 677</b>	
ЭКОНОМИЯ БЮДЖЕТА 103 тыс. руб.						

Как было установлено выше, при проведении анализа «минимизации затрат», терапия по схеме №9 дешевле лечения по традиционным схем №3-5, 7-11 и 13 при одинаковой эффективности, аналогичная картина складывается и при применении схемы №12 вместо схем №2, 6 и 12.

Результаты сравнения стоимости инфузионно-детоксикационной терапии 100 больных по более дешевым схемам №9 или 12 со стоимостью комплекса схем с аналогичной эффективностью представлены на рисунке 6.5.

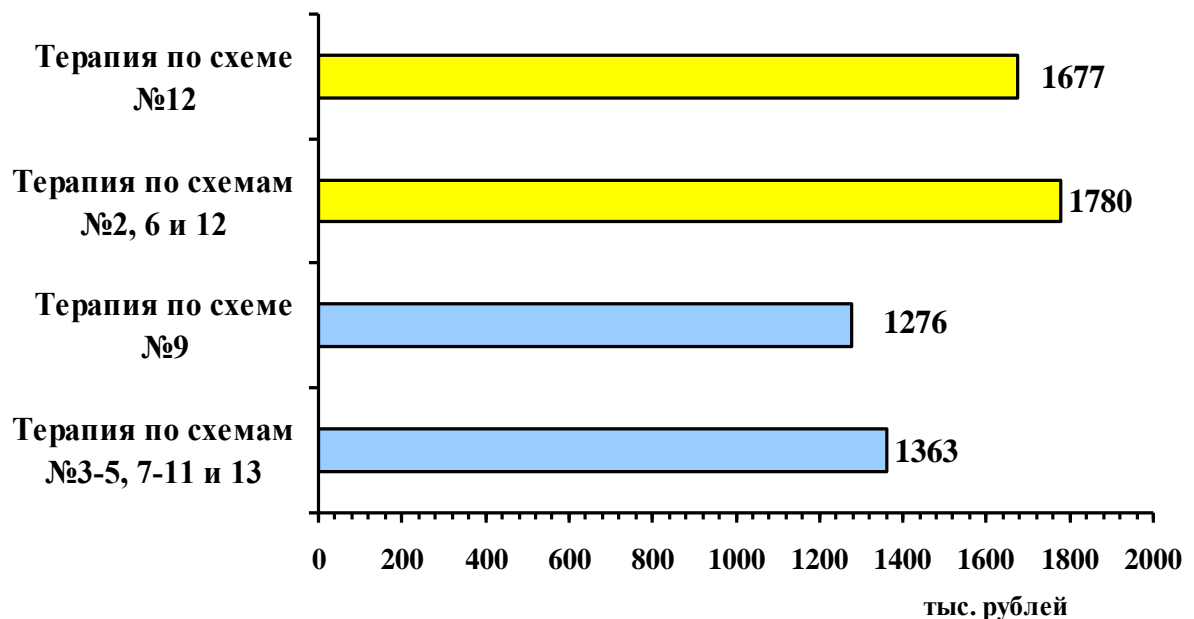


Рисунок 6.5 – Сравнение стоимости инфузионно-детоксикационной терапии по более дешевым схемам №9 или 12 со стоимостью комплекса схем с аналогичной эффективностью

Полученную экономию бюджетных средств от перевода пациентов на менее затратные схемы №9 или 12 можно оценить при помощи анализа «упущенных возможностей».

### 6.2.2 Анализ «упущенных возможностей»

С помощью анализа «упущенных возможностей» было рассчитано, сколько дополнительно пациентов можно пролечить на деньги, сэкономленные при переходе на менее затратные схемы терапии. Для расчетов использовали формулу 2.18 (глава 2). Разницу между стоимостью терапии для 100 пациентов по традиционным схемам (1 455 тыс. руб.) и бюджетом лечения по менее затратным схемам №9 и 12 (1 380 тыс. руб.) делили на затраты на курс лечения по соответствующей схеме.

При переходе 100 пациентов отделения реанимации на терапию по схеме №9 можно дополнительно пролечить 6 пациентов:

$Q_1 = (1\,455\,000 - 1\,380\,000) / 12\,760 = 6$  чел/год по схеме №9.

А при переходе на терапию по схеме №12 можно дополнительно пролечить 5 пациентов:  $Q_2 = (1\,455\,000 - 1\,380\,000) / 16\,765 = 5$  чел/год по схеме №12.

Проведенные исследования позволили разработать систему помощи для принятия фармацевтических решений при реализации мероприятий по оптимизации лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии в зависимости от поставленных задач (рис. 6.6).

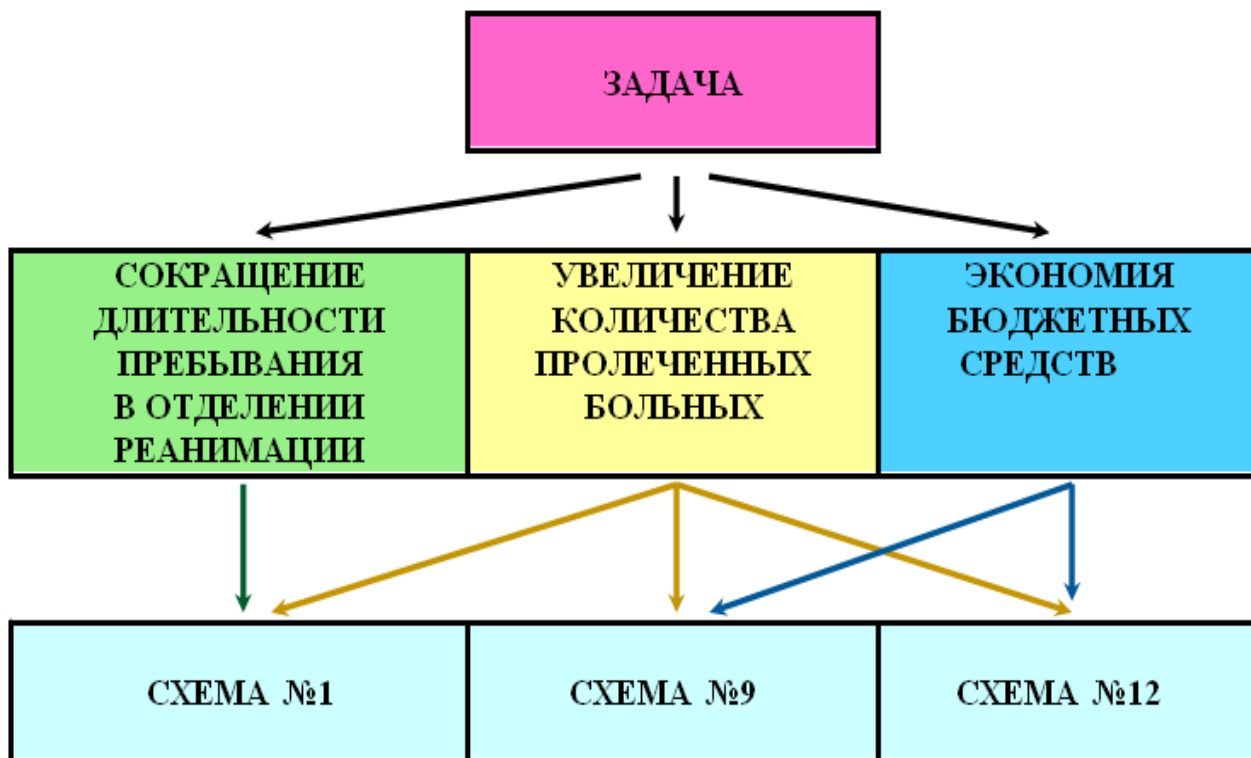


Рисунок 6.6 – Система помощи для принятия фармацевтических решений при реализации мероприятий по оптимизации лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии

Согласно алгоритму принятия фармацевтических решений с целью сокращения длительности пребывания больного в отделении реанимации необходимо внедрение новой инновационной технологии по схеме №1. Данный вариант терапии ранее не применялся в бюджетном стационаре, однако он имеет достоинства в виде наибольшей эффективности по критерию ФБК и сокращает время пребывания больного на койке ОРИТ. Ассортиментный список лекарственных препаратов для решения данной задачи представлен таблице 6.8.



**Ассортиментный список лекарственных препаратов для решения задачи сокращения длительности пребывания больного в реанимации**

№	Лекарственные препараты детоксикационной терапии
1	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) р-р для инъекций 0,1%-1,0
2	Гидроксиэтилкрахмал (инфукол) раствор для инфузий 6%-500,0
3	Декстроза (глюкоза) раствор для инфузий 5%-200,0
4	Калия хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид (ацесоль) р-р для инфузий 400,0
5	Натрия тиосульфат раствор для инъекций 30%-10,0
6	Пиридоксин раствор для инъекций 5%-1,0
7	Тиамин раствор для инъекций 5%-1,0
8	Этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол) р-р для инъекций 5%-2,0

С целью экономии бюджетных средств необходимо перераспределить пациентов отделения реанимации на терапию по более дешевым традиционным схемам №9 или 12. Ассортиментный список лекарственных препаратов для решения данной задачи представлен в таблице 6.9.

**Ассортиментный список лекарственных препаратов для решения задачи экономии бюджетных средств**

№	Лекарственные препараты детоксикационной терапии
1	Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%-2,0
2	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) р-р для инъекц. 0,1%-1,0
3	Декстроза (глюкоза) раствор для инфузий 5%-200,0
4	Декстроза (глюкоза) раствор для инъекций 40% - 10,0
5	Диазепам раствор для инъекций 0,5%-2,0
6	Дифенгидрамин (димедрол) раствор для инъекций 1%-1,0
7	Калия хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид (ацесоль) р-р для инфузий 400,0
8	Магния сульфат раствор для инъекций 25%-5,0
9	Пирацетам раствор для инъекций 20%-5,0
10	Пиридоксин раствор для инъекций 5%-1,0
11	Тиамин раствор для инъекций 5%-1,0
12	Тиоктовая кислота (Октолипен) концентрат для инфузий (амп) 300мг-10,0

Для принятия фармацевтических решений, с целью увеличения количества пролеченных больных необходимо внедрить инновационную схему ИДТ и использовать более дешевые традиционные схемы №9 и 12. Ассортиментный список для решения задачи представлен в таблице 6.10.

Таблица 6.10

**Ассортиментный список лекарственных препаратов для решения задачи увеличения количества больных, пролеченных в реанимации**

№	Лекарственные препараты детоксикационной терапии
1	Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%-2,0x2раза
2	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) р-р для инъекций 0,1%-1,0x2раза
3	Гидроксиэтилкрахмал (инфукол) раствор для инфузий 6%-500,0x4раза
4	Декстроза (глюкоза) раствор для инфузий 5%-200,0x2раза
5	Декстроза (глюкоза) раствор для инъекций 40% - 10,0x2раза
6	Диазепам раствор для инъекций 0,5%-2,0x1раз
7	Дифенгидрамин (димедрол) раствор для инъекций 1%-1,0x2раза
8	Калия хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид (ацесоль) р-р для инфузий 400,0x1раз
9	Магния сульфат раствор для инъекций 25%-5,0x1раз
10	Натрия тиосульфат раствор для инъекций 30%-10,0x1раз
11	Натрия хлорид раствор для инфузий 0,9%-200,0x2раза
12	Пирацетам раствор для инъекций 20%-5,0x2раза
13	Пиридоксин раствор для инъекций 5%-1,0x2раза (витамин В6)
14	Тиамин раствор для инъекций 5%-1,0x2раза (витамин В1)
15	Тиоктовая кислота (Октолипен) концентрат для инфузий (амп) 300мг-10,0x2раза
16	Этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол) р-р для инъекций 5%-2,0x2раза

Рекомендации по использованию полученных в исследовании результатов внедрены в виде информационного письма и материалов диссертационной работы на электронном носителе в формате Microsoft Excel для проведения фармакоэкономических расчетов в Государственном унитарном предприятии «Медицинская техника и Фармация Татарстана» и ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ».

### 6.2.3 Анализ чувствительности

Для оценки стабильности полученных результатов при изменении исходных параметров был проведен однофакторный «анализ чувствительности» (sensitivity analysis) [178].

В качестве изменяемого показателя был выбран годовой бюджет определенной схемы инфузионно-детоксикационной терапии, который был изменен в интервале от +5% до -5% (табл. 6.11).

Таблица 6.11

#### Анализ чувствительности показателя «затраты-эффективность» при изменении затрат на терапию

Схема	-5%	Затраты, руб.	+5%	-5%	Затраты- эффективность, руб.	+5%
1	1 380 274	1 452 920	1 525 566	14 842	15 623	16 404
2	992 446	1 044 680	1 096 914	17 722	18 655	19 588
3	998 032	1 050 560	1 103 088	14 258	15 008	15 758
4	985 796	1 037 680	1 089 564	14 083	14 824	15 565
5	942 970	992 600	1 042 230	13 471	14 180	14 889
6	957 600	1 008 000	1 058 400	17 100	18 000	18 900
7	867 692	913 360	959 028	12 396	13 048	13 700
8	910 784	958 720	1 006 656	13 011	13 696	14 381
9	848 540	893 200	937 860	12 122	12 760	13 398
10	868 756	914 480	960 204	12 411	13 064	13 717
11	850 136	894 880	939 624	12 145	12 784	13 423
12	891 898	938 840	985 782	15 927	16 765	17 603
13	924 882	973 560	1 022 238	13 213	13 908	14 603

Установлено, что на протяжении изменения годового бюджета каждой схемы не изменили доминантного характера терапии по схемам №9 и 12 по отношению к другим вариантам инфузионно-детоксикационной терапии: коэффициенты «затраты-эффективность» всегда оставались меньше альтернативных.

### **6.3 Экспертная оценка схем инфузионно-детоксикационной терапии врачами отделения реанимации наркологического стационара**

Врачами отделения реанимации наркологического стационара проведена экспертная оценка выявленных в исследовании 13 схем инфузионно-детоксикационной терапии. В качестве инструментария экспертной оценки была составлена анкета, состоящая из трех частей (приложение В, таблица В.6).

В первом разделе анкеты для оценки компетентности респондента были представлены следующие данные: пол, возраст, должность в медицинской организации, стаж работы, наличие ученой степени.

Во втором разделе анкеты респондент сообщал источники получения информации о схемах ИДТ наркологических больных, доступность такой информации, отношение эксперта к новым схемам ИДТ. Кроме того, экспертам предлагалось определить факторы, которые, по их мнению, влияют на выбор схемы ИДТ, оценить необходимость информации о затратах на единицу эффективности по критерию «Функция больничной койки» для схем ИДТ с целью экономии бюджетных средств и зависимость стоимости лечения от выбранной терапевтической технологии.

Третья часть анкеты содержала таблицу со схемами ИДТ, выявленными для экспертной оценки с учетом комплекса параметров: эффективность, частота назначения, безопасность. Экспертам предлагалось дать комплексную оценку по четырехбалльной шкале (приложение В, таблица В.6).

В наркологических стационарах государственной формы собственности рассматриваемые в исследовании схемы оценивались при назначении клиническими фармакологами. Поэтому экспертами в данном исследовании для объективности являлись специалисты наркологических клиник негосударственной формы собственности (в РТ отделения реанимации имели 6 наркологических клиник негосударственной формы собственности).

Количество врачей-экспертов, обеспечивающее репрезентативность выборки, рассчитывали с применением калькулятора расчета размера выборки по формуле 2.6 (глава 2). Согласно расчетам нами было использовано 12 анкет

врачей, проводящих инфузионно-детоксикационную терапию в наркологических стационарах. С целью получения достоверных данных в ходе исследования, для каждого эксперта были рассчитаны коэффициенты компетентности с использованием формулы 2.7 (глава 2).

О компетентности экспертной группы свидетельствовали следующие данные:

- средний возраст участников группы составил 40 лет;
- средний стаж работы в медицине составил 17 лет;
- средний стаж работы в наркологии составил 14 лет;
- все респонденты проводили ИДТ в наркологическом стационаре и работали в должности: врач-нарколог (35%), анестезиолог-реаниматолог (24%), врач палаты ОРИТ (25%), врач-токсиколог (8%), врач неотложной помощи в наркологии (8%);
- врачи первой категории (33%), без категории (67%);
- имеют научную степень (8%).

Для учета стажа работы для количественной оценки давалось 4 балла за стаж свыше 21 года, 3 балла - за период 11-20 лет, 2 балла - за период 6-10 лет, 1 балл - за стаж до 5 лет.

При оценке профессиональной компетентности врачей-наркологов, принявших участие в опросе, установлено, что 54% экспертов имели средний уровень компетентности и 46% – высокий уровень. Средний показатель компетентности составил 0,83.

В качестве источников информации о схемах ИДТ эксперты использовали медицинскую литературу (12%), практический опыт (36%), информацию, полученную от коллег (28%), на курсах повышения квалификации (24%). Все респонденты (100%) считали информацию о схемах инфузионно-детоксикационной терапии отравлений ПАВ доступной и выразили положительное отношение к новым схемам терапии.

Факторами, которые влияют на выбор схемы инфузионно-детоксикационной терапии, были названы: эффективность (91,7%), стадия заболевания и тяжесть течения заболевания (50,0%), наличие сопутствующей

патологии (8,3%), традиционность применения в стандартных схемах (16,7%), ассортимент ЛП в стационаре (8,3%), собственный опыт (41,7%).

Коэффициенты весомости мнений экспертов, рассчитанные по формуле 2.8 (глава 2) представлены в табл. 6.12.

Таблица 6.12

**Коэффициенты весомости мнений экспертов  
при оценке схем инфузионно-детоксикационной терапии**

Оцениваемый параметр	Коэффициент весомости мнений экспертов
Эффективность	0,38
Частота назначения	0,23
Безопасность	0,39

Из таблицы 6.12 видно, что при выборе схемы ИДТ подавляющее количество экспертов - врачей отделения реанимации руководствовались ее безопасностью и эффективностью.

На основании данных собранных анкет были рассчитаны «Средневзвешенные оценки» схем ИДТ по формуле 2.9 (глава 2). Использование данного показателя позволило ранжировать схемы ИДТ с учетом всех анализируемых параметров (табл. 6.13).

Установлено, что значение коэффициента конкордации мнений экспертов, рассчитанного по формуле 2.10 (глава 2), при проведении ранжирования схем ИДТ (табл. 6.13) было в интервале 0,78-0,88, т.е. эксперты незначительно расходятся в оценке эффективности и безопасности схем ИДТ.

Поскольку коэффициенты вариации мнений экспертов при оценке схем ИДТ, рассчитанные по формуле 2.11 (глава 2) находились в пределах до 20% (степень рассеивания данных средняя), совокупность представленных данных считается однородной (табл. 6.13).

**Средневзвешенные оценки по основным параметрам  
схем инфузионно-детоксикационной терапии по мнению экспертов-врачей  
наркологических стационаров Республики Татарстан**

Схемы	Средневзвешенные оценки			Средняя оценка совокупности параметров	Коэффициент конкордации	Коэффициент вариации
	Эффективность схемы	Частота назначения	Безопасность			
1	3,38	3,36	3,38	3,37	0,84	9,16
2	3,35	3,33	3,35	3,34	0,88	10,12
6	3,34	3,28	3,31	3,31	0,83	19,92
12	3,29	3,27	3,30	3,29	0,80	9,20
3	3,30	3,25	3,26	3,27	0,78	15,72
4	3,23	3,18	3,19	3,20	0,81	18,44
5	3,19	3,16	3,18	3,18	0,82	19,68
13	3,17	3,09	3,17	3,14	0,88	17,12
8	3,14	3,07	3,08	3,10	0,84	19,16
10	3,08	3,02	3,13	3,08	0,80	16,20
7	3,02	2,87	3,13	3,01	0,78	18,72
11	3,09	2,65	2,98	2,91	0,79	14,96
9	2,85	2,58	2,71	2,71	0,82	19,61

Проведенные исследования показали, что все схемы ИДТ были оценены врачами отделения реанимации наркологических стационаров как достаточно эффективные и безопасные. Наибольшие оценки получили схема 1 (с затратами на курс лечения 15 623 руб./чел), схема 2 (с затратами 18 655 руб./чел) и схема 6 (с затратами 18 000 руб./чел), т.е. более затратные терапевтические технологии.

### **Заключение по главе 6**

Выявленные в исследовании схемы ИДТ были оценены врачами отделения реанимации наркологических стационаров как достаточно эффективные и безопасные. Установлено, что при применении инновационной схемы одна реанимационная койка наркологического стационара может обслужить 93 человек в год, при терапии по схемам №2, 6 и 12 – до 56, а при использовании схем №3-5, 7-11 и 13 – до 70 человек в год.

Определено, что прямые затраты на один койко-день терапии по традиционным схемам варьировали от 3 752 (схема №3) до 3 190 руб. (схема №9), разница составляла 562 рубля. Аналогичные затраты для инновационной схемы составили 5 189 рублей. Максимальный годовой бюджет на 1 койку отделения реанимации составил 1 050 560 руб. (схема №3), а минимальный – 893 200 руб. (схема №9), разница составляла 157 360 руб. Бюджет инновационной схемы составил 1 452 920 руб., что дороже затрат схемы №3 на 402 360 руб.

Инновационная схема является «затратно-эффективной», затраты на курс лечения одного пациента составили 15 623 руб. Наибольшая часть затрат инновационной технологии (38%) – это стоимость фармакотерапии.

Среди терапевтических схем группы ФБК=70 чел/год предпочтительна схема №9 с меньшими затратами, а в группе ФБК=56 чел/год – схема №12.

При проведении однофакторного анализа чувствительности установлено, что схемы №9 и 12 сохраняют свое фармакоэкономическое преимущество над альтернативными технологиями.

С применением разработанной в исследовании системы помощи для принятия фармацевтических решений при реализации мероприятий по оптимизации лекарственного обеспечения ИДТ в наркологии выявлено, что возможно уменьшение продолжительности терапии до трех дней при внедрении схемы №1, но это потребует повышения бюджета. Установлено, что увеличение количества пролеченных больных возможно за счет перераспределения на терапию по схемам №9 или 12. Это позволит добиться экономии бюджетных средств в количестве 75 тыс. рублей, на которые можно пролечить по



инновационной схеме более 40 пациентов. Определено, что возможна экономия бюджетных средств за счет перераспределения пациентов отделения реанимации на терапию по более дешевым схемам с одинаковой эффективностью. Это позволит добиться экономии бюджетных средств в количестве 87 тыс. руб. (при применении схемы №9) или 103 тыс. руб. (при применении схемы №12). Выявлено, что при переходе на терапию по схеме №9 можно дополнительно пролечить 6 пациентов, а при переходе на терапию по схеме №12 можно дополнительно пролечить 5 пациентов.

Для решения каждой из задач был составлен оптимальный ассортиментный список лекарственных препаратов инфузионно-детоксикационной терапии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Систематизация данных научной литературы показала актуальность проблемы оптимизации ЛО наркологических больных. Выявлены факторы, требующие оптимизации лекарственного обеспечения ИДТ наркологических больных в регионе: рост госпитальной заболеваемости в наркологии и нерациональная организация лекарственного обеспечения ОРИТ наркологического стационара. Публикации по фармакоэкономическому анализу ИДТ отравлений ПАВ не были обнаружены.

2. В России за исследуемый период наблюдалось снижение общего количества зарегистрированных наркологических расстройств в 1,16 раза, а в РТ – увеличение в 1,02 раза.

Число женщин, больных наркоманией, увеличивалось как в России, так и в РТ. Отмечается рост числа женщин с алкогольной патологией в РТ.

3. На фармацевтическом рынке РФ и Республики Татарстан ЛПДТ представлены 25 ФТГ (649 и 375 ЛП соответственно). Фармацевтические рынки ЛПДТ России и РТ достаточно обновлены (индекс обновления 0,23 и 0,18 соответственно). В основном были представлены отечественные ЛПДТ, по большей части растворы, в основном инфузии, чаще с одним действующим веществом и относились в значительной доле к ЖНВЛП. Ассортимент ЛПДТ АО наркологического стационара представлен 22 ФТГ (210 ЛП); он достаточно широкий (коэффициент широты 0,88), полный (коэффициент полноты 0,83), но разновидность небольшая (коэффициент глубины 0,33); внутри ФТГ ассортимент устойчивый (коэффициенты устойчивости близки к 1), лидер - ФТГ «Для восстановления баланса электролитов». Фармацевтический рынок РТ использовал 57,8% зарегистрированных в России ЛПДТ, а АО наркологического стационара - 56,0% от представленного на фармацевтическом рынке РТ. Исследования показали возможность расширения ассортимента ЛПДТ с целью оптимизации лекарственного обеспечения ОРИТ наркологического стационара.

4. Потребители ЛПДТ – это мужчины в возрасте 40-59 лет больные алкоголизмом или в возрасте 20-39 лет больные наркоманией (токсикоманией) с диагнозом «Острое отравление ПАВ» (87,4%), состоящие в зарегистрированном браке (52,9%), безработные (35,2%) или рабочие (30,4%), жители города, поступающие в наркологический стационар в тяжёлом состоянии (57,6%) и имеющие при этом сопутствующие патологии (35,2%).

5. Анализ современного состояния ЛО наркологического стационара РТ показал, что ассортиментный список ЛП формируется на основании листов назначений, при этом ценовая доступность ЛПДТ для врачей-наркологов ОРИТ является наименее значимым фактором при выборе ЛП (отметили 5,3% экспертов). В наркологических стационарах РТ при ИДТ отравлений ПАВ используется 13 терапевтических схем, различающихся ассортиментом ЛПДТ и продолжительностью терапии. Схема №1 была обозначена в исследовании инновационной, так как по данным о пациентах, принимающих данную терапию, риск смерти и степень тяжести их состояния уменьшались быстрее.

6. Методами ФЭА с использованием показателя ФБК как критерия оценки эффективности ИДТ установлено, что при использовании инновационной схемы одна реанимационная койка обслуживала 93 пациента в год. Менее эффективно коечный фонд использовался при терапии по схемам №2, 6 и 12 (ФБК=56 чел/год) и №3-5, 7-11 и 13 (ФБК=70 чел/год). Наибольший показатель эффективности использования койки ОРИТ свидетельствует о сокращении длительности курса лечения. Инновационная схема с затратами на курс лечения 15 623 руб./чел. является затратно-эффективной; 38% затрат составляет стоимость ЛП. Традиционные схемы №9 с ФБК=70 чел/год и №12 с ФБК= 56 чел/год менее затратны в своих группах по эффективности. Анализ чувствительности показал стабильность, устойчивость и правильность полученных результатов.

7. Разработан методический подход к оптимизации лекарственного обеспечения ИДТ в наркологическом стационаре, заключающийся в формировании ассортиментных списков ЛПДТ для ОРИТ на основе фармакоэкономической оценки схем ИДТ. Составлены ассортиментные списки

ЛПДТ для лекарственного обеспечения ОРИТ наркологического стационара с использованием разработанной в исследовании системы помощи для принятия фармацевтических решений в зависимости от поставленных задач: сокращение длительности курса ИДТ до трех дней вместо 4-5 дней (внедрение инновационной технологии); увеличение количества пролеченных больных (перераспределение на терапию по схемам №9 или 12 позволит пролечить по инновационной схеме более 40 пациентов); экономия бюджетных средств (перераспределение на терапию по более дешевым схемам с одинаковой эффективностью позволит добиться экономии бюджетных средств в количестве 87 тыс. руб. при применении схемы №9 или 103 тыс. руб. при применении схемы №12).

**Практические рекомендации.** Результаты исследования могут быть использованы для решения конкретных практических задач в наркологии на стационарном уровне; в частности при формировании оптимального ассортиментного списка лекарственных препаратов для ИДТ с целью уменьшения продолжительности терапии, увеличения количества пролеченных больных и экономии бюджетных средств, что в итоге дает возможность прогнозирования оптимизации бюджетной нагрузки на стационар. Представленные в работе модель в формате Microsoft Excel для проведения фармакоэкономических расчетов при оптимизации лекарственного обеспечения ИДТ и система помощи для принятия фармацевтических решений при прогнозировании возможности оптимизации бюджетной нагрузки на стационар позволят рационально использовать имеющиеся ресурсы бюджетных средств и принимать эффективные управленческие решения.

**Перспективы дальнейшей разработки темы.** Разработанная система помощи для принятия фармацевтических решений позволяет обозначить новые направления поиска эффективных методов управления системой фармацевтической помощи в наркологии. Вместе с тем, возможно углубленное изучение научно-практических направлений представленной системы помощи для совершенствования лекарственного обеспечения на последующих этапах лечения наркологических больных.

### Список сокращений

АТС – The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (Анатомо-терапевтическо-химическая классификация)

ГАУЗ «РНД МЗ РТ» - Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканский наркологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан»

ГУП «Таттехмедфарм» – Государственное унитарное предприятие «Медицинская техника и фармация Татарстана»

ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

ИДТ – инфузионно-детоксикационная терапия

ЛО – лекарственное обеспечение

ЛП – лекарственный препарат

ЛПДТ – лекарственные препараты для инфузионно-детоксикационной терапии

МЗ – Министерство здравоохранения

МНН – международное непатентованное наименование

МО – медицинская организация

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии

ПАВ – психоактивные вещества

РТ – Республика Татарстан

РФ – Российская Федерация

ТН – торговое наименование

ФТГ – фармакотерапевтическая группа

ФЭА – фармакоэкономический анализ

### Список использованной литературы

1. Государственный реестр лекарственных средств [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL. 2015.: <http://grls.rosminzdrav.ru>.
2. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года [Электронный ресурс] : распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р // Федеральная служба по регулированию алкогольного рынка. – Режим доступа: [http://fsrar.ru/policy\\_of\\_sobriety/konceptcia](http://fsrar.ru/policy_of_sobriety/konceptcia).
3. О наркотических средствах и психотропных веществах: Федеральный закон от 08.02.1998 г. № 3-ФЗ (ред. От 03.02.2015) [Электронный ресурс]. – <http://base.garant.ru/12107402/>.
4. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов: Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. №1273 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70812574/paragraph/14:2>.
5. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Федеральный закон от 02.07.1992 г. № 3185-1 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/10136860/>.
6. О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ: Постановление правительства РФ от 31.12.2010 г. № 1237 (ред. от 16.04.2011). - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12181826/>.
7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11. 2011 г. № 323-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/paragraph/1:1>.
8. Об улучшении использования коечного фонда стационарных лечебно-профилактических учреждений. Методические рекомендациями по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров: Письмо

МЗ СССР от 08.04.74 г. №02-14/19 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.webapteka.ru/phdocs/doc6850.html>.

9. Об утверждении Методики расчета показателей системы здравоохранения, включенных в документы Системы государственного планирования: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 10 июля 2015 года № 573 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dsm.gov.kz/ru/pages/prikaz-ministra-zdravoohraneniya-i-socialnogo-razvitiya-ot-10-iyulya-2015-goda-no-573-ob>.

10. Об утверждении Перечня социально-значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих: Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12137881/>.

11. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Психиатрия-Наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ : Приказ от 30 декабря 2015 г. № 1034н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rulings.ru/acts/Prikaz-Minzdrava-Rossii-ot-30.12.2015-N-1034n>.

12. Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи: Приказ МЗ РФ от 20 июня 2013 г. №388н [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70438200/paragraph/1:1>.

13. Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РТ: Постановление Кабинета Министров РТ от 29 декабря 2016 г. №1044 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/446400442>.

14. Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года : указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12176340/>.

15. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 год: Распоряжение Правительства РФ от

26 декабря 2015 г. № 2724-р [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=266556>.

16. Тарифное соглашение об установлении тарифов и порядка оплаты медицинской помощи, оказанной за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета РТ бюджету Территориального фонда ОМС РТ на реализацию преимущественно одноканального финансирования медицинских организаций через систему ОМС на 2016 год от 14.01.2016 г. №1 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fomsrt.ru>

17. Авдеев, С.Н. Аспекты сердечно-сосудистой безопасности базисной терапии / С.Н. Авдеев // Медицинский совет. - 2012. - № 11. - С. 15-20.

18. Авксентьева, М.В. Основы клинико-экономического анализа. Клинико-экономическое обоснование протоколов ведения больных / М.В. Авксентьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2005. - № 11. - С. 23-27.

19. Агибалова, Т.В. Фармакоэкономическая оценка применения антидепрессантов для лечения больных с патологическим влечением с преобладанием аффективных расстройств / Т.В. Агибалова, Р.В. Власовских // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2010. - № 1-2. - С. 25-29.

20. Акимова, А.М. Алкоголизм как медико-социальная проблема общества / А.М. Акимова, Л.П. Маленова // Экология и здоровье человека на севере: сб. материалов IV конгр. с международным участием. - Москва, 2013. - С. 45-49.

21. Акулова, Н.Г. Маркетинговые исследования лекарственного обеспечения больных острой алкогольной интоксикацией на региональном уровне (на примере Тюменской обл.): автореф. дис. ... канд. фарм. наук / Н.Г. Акулова. - Тюмень, 2005. - 21 с.

22. Алгоритмизация медицинской помощи: неотложные состояния, связанные с употреблением алкоголя / И. В. Духанина [и др.] // Клиническая медицина. - 2006. - № 7. - С. 54-55.

23. Алексеевская, Т.И. Оценка экономического ущерба от алкоголь-ассоциированной смертности среди трудоспособного женского населения



Иркутской области / Т.И. Алексеевская, А.А. Селедцов // Вопросы наркологии. - 2015. - № 4. - С. 61-72.

24. Алкоголизм и алкогольные болезни в многопрофильном соматическом стационаре / Н. П. Ванчакова [и др.] // Человек и алкоголь (алкогольные болезни): материалы III Междисциплинарного Российского конгресса. - Москва, 2009. - С. 6-12.

25. Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ : учеб. пособие / Л. М. Барденштейн [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 96 с.

26. Алкогольные расстройства у студентов средне-специального учебного заведения: результаты клинико-эпидемиологического исследования / Н. В. Говорин [и др.] // Вопросы наркологии. - 2014. - № 2. - С. 3-11.

27. Альтшулер, В.Б. Различия больных алкоголизмом по объемам потребления алкоголя / В.Б. Альтшулер, С.Л. Кравченко, А.И. Корольков // Вопросы наркологии. - 2012. - № 1. - С. 46-62.

28. Анализ фармакоэкономических и клинико-экономических исследований, представленных в базе научной электронной библиотеки «Elibrary.ru» (РИНЦ) за период с 2005 по 2015 гг. / М. В. Проценко [и др.] // Фармакоэкономика: теория и практика. - 2016. - Т. 4, №4. - С. 5-59.

29. Аналитический обзор результатов научно-исследовательских работ, выполненных в рамках комплексной проблемы «Наркология», координируемых научным советом по наркологии РАМН за 2011 г. / И. П. Анохина [и др.] // Вопросы наркологии. - 2012. - № 2. - С. 3-20.

30. Бабичева, Л.П. Нормативно-правовое регулирование профилактики наркоманий в Российской Федерации / Л.П. Бабичева // Практическая медицина. - 2015. - № 2. - С. 9-12.

31. Бобков, Е.Н. Исследование московской популяции потребителей опиоидов / Е.Н. Бобков // Вопросы наркологии. - 2013. - №1. - С. 32-45.

32. Богданова, С.И. Острые отравления опиоидами: эпидемиологические, социально-экономические и клинические аспекты : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.И. Богданова. - Екатеринбург, 2011. - 45 с.
33. Бохан, Н.А. Региональная динамика и исходы заболеваемости алкогольными психозами / Н.А. Бохан, А.А. Иванов, А.И. Мандель // Наркология. - 2012. - № 5. - С. 53-56.
34. Вазей, К. Учебник по детоксикации / К. Вазей. – Москва : Издательство Столица-Принт, 2007. - 256 с.
35. Васькова, Л.Б. Алгоритм расчета стоимости оказания медицинской и фармацевтической помощи пациентам с хронической алкогольной интоксикацией / Л.Б. Васькова, О.Н. Давыдова, Ю.Е. Фейгина // Новая аптека. - 2006. - № 6. - С. 32-34.
36. Васькова, Л.Б. Фармакоэкономика – методологическая основа оптимизации управления качеством лекарственной помощи в стационаре / Л.Б. Васькова, Н.В. Романцева // Фармакоэкономика. - 2013. - № 1. - С. 50-53.
37. Васькова, Л.Б. Фармакоэкономика в фармации / Л.Б. Васькова, П.В. Лопатин, Б.К. Романов. – Москва : Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2012. - 188 с.
38. Верткин, А.Л. Алкоголь-ассоциированные состояния в многопрофильном стационаре / А.Л. Верткин, А.С. Скотников, А.Н. Комаровский // Лечащий врач. - 2011. - № 9. - С. 36-42.
39. Верткин, А.Л. Лечение urgentных алкоголь ассоциированных состояний и клинических синдромов, сопряженных с употреблением алкоголя / А.Л. Верткин, А.С. Скотников, В.Г. Москвичев // Лечащий врач. - 2011. - № 9. - С. 4-8.
40. Виленский, Б.С. Ошибки, допускаемые при оказании помощи больным с неотложными состояниями / Б.С. Виленский // Неврологический журнал. - 2008. - № 4. - С. 4-8.
41. Винникова, М. А. Фармакоэкономический анализ в наркологической практике: излишество или необходимость? / М.А. Винникова, Ю.В. Илларионова // Вопросы наркологии. - 2012. - №5. - С. 78-95.

42. Винникова, М.А. Проблемы стандартизации в наркологической практике / М.А. Винникова // Вопросы наркологии. - 2012. - № 6. - С. 107-108.
43. Влияние гипохлорита натрия на эндогенную интоксикацию при алкогольном абстинентном синдроме / С.Б. Матвеев [и др.] // Наркология. - 2014. - № 4. - С. 43-46.
44. Воробьев, М.В. Частота распространения наркомании в различных субъектах в Российской Федерации в 2011 гг. / М.В. Воробьев // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2013. - № 4. - С. 40-43.
45. Говорин, Н.В. Экономические затраты учреждения здравоохранения в результате обусловленных злоупотреблением алкоголя случаев лечения в соматическом стационаре / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011. - № 2. - С. 33-36.
46. Горбачев, В. И. К вопросу о реализации реанимационной помощи в новых порядках оказания медицинской помощи взрослому населению / В.И. Горбачев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2014. - №4. - С. 58-64.
47. Гофман, А. Г. Гептрал в лечении аффективных расстройств у больных алкогольной зависимостью / А.Г. Гофман, И.А. Носатовский, Е. Н. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2003. - №1. - С. 30-32.
48. Гофман, А.Г. Алкогольные психозы: клиника, классификация / А.Г. Гофман, М.А. Орлова, А.С. Меликсетян // Социальная и клиническая психиатрия. - 2010. - № 1. - С. 5-12.
49. Гофман, А.Г. Алкогольный делирий: формы делирия и терапия / А.Г. Гофман // Вопросы наркологии. - 2013. - № 5. - С. 123-134.
50. Гофман, А.Г. Клиника алкогольного абстинентного синдрома / А.Г. Гофман // Вопросы наркологии. - 2012. - № 6. - С. 82-90.
51. Грищенко, В.А. Анализ госпитализаций пациентов с наркотической зависимостью в отделение неотложной наркологической помощи для взрослых / В.А. Грищенко, С.Н. Минаков, А.Н. Пичугин // Здоровье и образование в XXI веке: сб. науч. статей. - 2010. - № 4. - С. 456-458.

52. Гуцыкова, С.В. Метод экспертных оценок. Теория и практика / С. В. Гуцыкова. – Москва : Институт психологии РАН, 2011. - 170 с.
53. Дремова, Н.Б. Методология отечественных исследований потребности в лекарственных средствах и их потребления / Н.Б. Дремова, Л.В. Кобзарь, Э.А. Коржавых // Фармация и фармакология. - 2015. - № 3. - С. 4-9.
54. Дробышев, В.В. Приобщение к потреблению алкоголя у контингента учащихся сельских училищ / В.В. Дробышев // Вопросы наркологии. - 2015. - № 3. - С. 72-79.
55. Дунаевский, В.В. Наркомании и токсикомании / В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин. – Ленинград : Медицина, 1991. - 206 с.
56. Елшанский, С.П. Некоторые этические и психологические проблемы реализации программ "снижения вреда" среди потребителей наркотиков / С.П. Елшанский // Вопросы наркологии. - 2003. - № 2. - С. 36-52.
57. Еремеева, А.А. Эпидемиологическая характеристика психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ у детей и подростков в Архангельской области / А.А. Еремеева, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова // Наркология. - 2014. - № 4. - С. 30-36.
58. Заболеваемость наркоманией в Республике Казахстан и процесс финансирования оказываемой больным наркоманией лекарственной помощи / Л. Г. Сатаева [и др.] // Вопросы наркологии. - 2015. - № 4. - С. 106-110.
59. Захаров, С.Г. Распределение по нозологии больных, стоящих на учете в наркологическом диспансере № 8 Восточного административного округа г. Москвы / С.Г. Захаров, М.В. Ибрагимова, З.А. Шуварина // Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению: сб. тезисов Всерос. науч.-практ. конф. (г. Москва, 20–21 октября 2011 г.). –Москва : ООО «Нью Терра», 2011. - С. 50-51.
60. Здоровье нации – основа процветания России: VII Всероссийский форум (г. Москва, 15-17 сентября 2011 г.) // Вопросы наркологии. - 2011. - №5. -С. 13-26.
61. Зинченко, Л.Н. Современный подход и особенности организации стационарной наркологической помощи в условиях областного клинического

- психоневрологического диспансера / Л.Н. Зинченко // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2013. - Т. 16, № 1. - С. 45-50.
62. Злоупотребление прегабалином (лирикой) / М. Л. Рохлина [и др.] // Вопросы наркологии. - 2015. - № 3. - С. 9-15.
63. Иванец, Н.Н. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния) / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. – Москва : Медпрактика, 2001. - 128 с.
64. Иванец, Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний / Н.Н. Иванец // Вопросы наркологии. - 2013. - № 1. - С. 108-117.
65. Изучение особенностей употребления алкоголя населением г. Ярославля / Е. А. Кошкина [и др.] // Вопросы наркологии. - 2014. - № 3. - С. 106-119.
66. Изюмина, Т.А. Изучение эффективности и безопасности применения галоперидола в составе комплексной терапии предделириозных состояний у больных алкоголизмом женщин / Т.А. Изюмина, М.А. Кинкулькина, Н.Н. Иванец // Вопросы наркологии. - 2012. - № 5. - С. 10-17.
67. Изюмина, Т.А. Клинические предикторы развития делирия у женщин, больных алкоголизмом / Т.А. Изюмина, Н.Н. Иванец // Вопросы наркологии. - 2010. - № 2. - С. 42-48.
68. Исмуков, Н. Н. Без наркотиков: программа предупреждения и преодоления наркотической и алкогольной зависимости / Н. Н. Исмуков. – Москва : ФАИР-ПРЕСС, 2001. - 384 с.
69. Казаковцев, Б.А. Нормативно-правовое регулирование наркологической помощи / Б.А. Казаковцев // Уральский медицинский журнал. - 2010. - № 9. - С. 10-28.
70. Казаковцев, Б.А. Организация наркологической помощи / Б.А. Казаковцев // Психическое здоровье. - 2011. - Т. 9, № 3. - С. 16-35.
71. Канунникова, Л.В. Социально-гигиеническая оценка организации оказания наркологической помощи населению в субъекте Российской Федерации (на примере Новосибирской области) / Л.В. Канунникова, О.М. Кормилина, Р.И. Теркулов // Вопросы наркологии. - 2011. - № 3. - С. 18-28.

72. Карпец, А.В. Мониторинг и оценка наркоситуации / А.В. Карпец, И.Е. Махров, Э. М. Виноградова. - Москва, 2010. - 221 с.
73. Каурина, А.В. Алкоголизм и наркомания как медико-социальная проблема населения Российской Федерации / А.В. Каурина, А.В. Харитонов, С.В. Поройский // Международный студенческий научный вестник. - 2015. - № 2. - С. 176-177.
74. Киржанова, В.В. О заболеваемости наркологическими расстройствами в 2014 г. / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова // Вопросы наркологии. - 2015. - № 4. - С. 19-28.
75. Киржанова, В.В. О состоянии и деятельности наркологической службы в 2014 г. / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова // Вопросы наркологии. - 2015. - № 4. - С. 7-18.
76. Киржанова, В.В. Оценка вклада в смертность населения причин, связанных с употреблением наркотиков / В.В. Киржанова, Л.А. Муганцева, В. Н. Киржанов // Вопросы наркологии. - 2012. - №6. - С. 127-129.
77. Клиника и лечение алкогольного абстинентного синдрома / Р. А. Курбангалеев [и др.] // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2008. - № 2. - С. 80-86.
78. Клиника и лечение передозировки героина и ее осложнений: опыт Оренбурга / А.В. Карпец [и др.] // Вопросы наркологии. - 2002. - № 6. - С. 26-32.
79. Клинико-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза алкоголизма и наркоманий в социально-организованных популяциях / А. И. Мандель [и др.] / Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2015. - № 3. - С. 53-63.
80. Козинец, Г.И. Практическая трансфузиология / Г.И. Козинец. – Москва : Практическая медицина, 2005. - 544 с.
81. Козлов, В. В. Руководство по спасению наркомана, или краткий курс выживания / В. В. Козлов. – Москва : Изд-во ин-та психотерапии, 2002. - 59 с.
82. Конахович И.И. Инновационный подход к фармакотерапии острых отравлений веществами разъедающего действия / И. И.Конахович,

М.М. Сачек, А.Б. Дыбаль // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2009. - Т. 8, № 3. - С. 144-164.

83. Копытов, А.В. Социальные предикторы алкогольной зависимости у лиц мужского пола подросткового возраста / А.В. Копытов // Вопросы наркологии. - 2011. - № 3. - С. 45-54.

84. Королева, М.В. Гепатопротекторные свойства и фармакодинамика лекарственных средств, влияющих на метаболические процессы, у больных с экзогенно-токсическими поражениями печени: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.В. Королева. - Волгоград, 2015. - 32 с.

85. Коррекция метаболических расстройств в лечении алкогольных поражений печени у больных с острыми отравлениями алкоголем / В. В. Шилов [и др.] // Клиническая медицина. - 2013. - Т. 91, № 2. - С. 45-48.

86. Корчагина, Г.А. Распространенность и гендерные особенности употребления препаратов конопли в студенческой среде / Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, А.Н. Гришина // Вопросы наркологии. - 2012. - № 6. - С. 62-69.

87. Корякин, С.А. Правовая регламентация оказания наркологической помощи в условиях модернизации здравоохранения / С.А. Корякин // Вопросы наркологии. - 2012. - № 6. - С. 131-134.

88. Костенко, Г.А. Пьянство и алкоголизм как медико-социальная проблема / Г.А. Костенко // Экономика. Право. Печать. Вестник КСЭИ. - 2013. - № 4. - С. 71-73.

89. Кошкина, Е.А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ в Российской Федерации в динамике за 5 лет / Е.А. Кошкина // Вопросы наркологии. - 2011. - № 1. - С. 17-27.

90. Кошкина, Е.А. Медико-социальные последствия злоупотребления психоактивными веществами для здоровья нации / Е.А. Кошкина // Вопросы наркологии. - 2011. - № 5. - С. 27-30.

91. Кошкина, Е.А. Проблемы распространенности болезней зависимости и основные направления совершенствования наркологической помощи в России / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. - 2013. - № 6. - С. 10-26.
92. Кравцова, Т.В. Алкогольная аддикция – современное состояние проблемы / Т.В. Кравцова, Л.П. Великанова // Астраханский медицинский журнал. - 2012. - Т. 7, № 2. - С. 13-18.
93. Кулагина И. В. Обоснование социально-экономической эффективности комплексной системы реабилитации лиц с различными формами зависимостей / И. В. Кулагина [и др.] // Вестник Технологического Университета. - 2013. - Т. 16, № 8. - С. 317-321.
94. Кутлярова, Н.А. Применение VEN-анализа для оптимизации лекарственной помощи больным алкоголизмом / Н.А. Кутлярова, М. А. Демидова, М.Г. Комиссаров // Проблемы управления здравоохранением. - 2010. - № 50. - С. 63-66.
95. Лужников, Е.А. Клиническая токсикология / Е. А. Лужников, Г. Н. Суходолова. – Москва : Медицина, 2008. - 576 с.
96. Малаев, М.Г. Результаты исследования ассортимента лекарственных средств, приобретаемых для оказания медицинской помощи в медицинских организациях стационарного типа / М.Г. Малаев // Фармакоэкономика. - 2014. - № 2. - С. 44-50.
97. Малин, Д.И. Современные принципы интенсивной терапии клиники алкоголизма и наркоманий / Д.И. Малин, В.М. Медведев, Е.В. Янкин // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах : материалы общерос. конф. - Москва, 2009. - С. 303.
98. Малышев, В. Д. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь / В. Д. Малышев. – Москва : Медицина, 2000. - 464 с.
99. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в Российской Федерации [Электронный ресурс] / Е.А. Кошкина [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. - № 2. –Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/189/30/lang,ru/>



100. Медицинское и фармацевтическое право: обзор подходов и методов оказания неотложной помощи при острых отравлениях в рамках формулярной системы Украины и России / В.В. Шаповалов [и др.] // Научные ведомости БелГУ. Серия : Медицина. Фармация. - 2014. - № 18, вып. 27. - С. 227-233.
101. Менделевич, Б.Д. Заболеваемость наркологическими расстройствами подростков в Республике Татарстан / Б.Д. Менделевич // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2009. - № 1. - С. 65-68.
102. Место цераксона в лечении острого отравления этиловым спиртом / Е. А. Попова [и др.] // Медицинский алфавит. - 2012. - Т. 1, № 4. - С. 24-26.
103. Минаков, С.Н. Дети и подростки – пациенты наркологического диспансера / С.Н. Минаков, В.А. Грищенко // Здоровье и образование в XXI веке: электронный научно-образовательный вестник. - 2012. - Т. 14, № 9. - С. 251-253.
104. Минаков, С.Н. Обращаемость женщин в отделение неотложной наркологической помощи для взрослых специализированного стационара / С.Н. Минаков // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. - 2009. - № 4. - С. 36-40.
105. Михальчук, М.А. Детоксикационная терапия при острых тяжелых отравлениях / М.А. Михальчук, В.Д. Великова, М. Л. Калмансон // Эфферентная терапия. - 2003. - № 2. - С. 75-79.
106. Мищенко, М.А. Фармакоэкономические и фармакоэпидемиологические исследования как элемент оптимизации лекарственной помощи стационарным больным / М.А. Мищенко, А.А. Пономарева, С.В. Кононова // Медицинский альманах. - 2015. - № 1. - С. 105-110.
107. Моделирование долгосрочной эффективности профилактики опасного и вредного потребления алкоголя на основе скрининга и кратковременного вмешательства / А. Н. Баринаева [и др.] // Российский семейный врач. - 2014. - Т. 18, № 1. - С. 20-26.
108. Москвичев, В. Г. Диагностика и лечение неотложных состояний, связанных с употреблением алкоголя, в клинике внутренних болезней / В.Г. Москвичев // Наркология. - 2007. - №9. - С. 35-41.

109. Москвичев, В.Г. Распространенность алкоголь ассоциированных состояний и их догоспитальная и госпитальная диагностика: ошибки и трудности в XXI веке / В.Г. Москвичев, А.А. Скворцова // Врач скорой помощи. - 2011. - № 7. - С. 34-36.
110. Мотин, А. В. Оценка качества медицинской помощи в отделениях анестезиологии-реанимации через анализ экономической эффективности [Электронный ресурс] / А. В. Мотин, М. В. Покушко // Молодежь и наука: сборник материалов IX Всероссийской научно-технической конференции с международным участием – Красноярск: Сибирский федеральный ун-т, 2013. – Режим доступа: <http://conf.sfu-kras.ru/sites/mn2013/section021.html>.
111. Немцов, А.В. Годичный тренд алкогольных отравлений и психозов / А.В. Немцов, Б.В. Изаровский, А.В. Сахаров // Наркология. - 2014. - № 1. - С. 25-29.
112. Неотложная наркологическая помощь : стандарты диагностики и лечения : пособие для врачей / сост. Г.А. Ливанов [и др.]; Санкт-Петерб. НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. – Санкт-Петербург : ВМедА, 2003 - 87 с.
113. Нургалиева, А.М. Взгляд пациентов на проблему алкоголизма в обществе / А.М. Нургалиева // BulletinofMedicalInternetConferences. - 2013. - Vol. 3, Is. 3. - С. 776.
114. Оптимизация интенсивной терапии больных с острым отравлением этиловым спиртом / Е. А. Попова [и др.] // Медицина и образование в Сибири. - 2013. - № 1. - С. 6-9.
115. Опыт профилактики употребления алкоголя среди детей и подростков / А. А. Александров [и др.] // Вопросы наркологии. - 2010. - № 2. - С. 57-64.
116. Особенности личностных характеристик больных алкоголизмом в Монголии / Д. Ганомор [и др.] // Вопросы наркологии. - 2014. - № 2. - С. 3-11.
117. Оценка медицинских технологий / Ю. Б. Белоусов [и др.]. – Москва : Изд. ОКИ, 2013. - 40 с.
118. Панкова, Р.Я. Алкоголь и трудовая, учебная деятельность / Р.Я. Панкова, Д.В. Панков. – Москва : Высшая школа, 1997. - 95 с.

119. Патрикеева, О.Н. Интоксикационные психозы у потребителей синтетических каннабиноидов / О.Н. Патрикеева, А.А. Овчинников, О.М. Кормилина // Наркология. - 2015. - № 1. - С. 41-44.
120. Патрикеева, О.Н. Особенности синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов / О.Н. Патрикеева // Наркология. - 2014. - № 10. - С. 59-63.
121. Первая медицинская помощь при неотложных состояниях / Н.В. Агранович [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2012. - № 9. - С. 23-24.
122. Поливанов, В. А. Фармакоэкономический анализ терапии алкогольной болезни печени в стадии стеатоза и гепатита препаратами Эсливер Форте и ЭсенциалеФортеН / В.А. Поливанов // Фармакоэкономика. - 2009. - №1. - С. 7-11.
123. Пятницкая, И. Н. Наркомании: руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. – Москва : Медицина, 1994. - 554 с.
124. Разводовский, Ю.Е. Самоубийства и алкогольные отравления в Беларуси / Ю.Е. Разводовский // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - № 1. - С. 12-17.
125. Разводовский, Ю.Е. Экономическая доступность алкоголя и эпидемиология алкоголизма в Беларуси / Ю.Е. Разводовский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. - 2012. - № 2. - С. 6-12.
126. Распространенность гашишизма в Сибири в этническом и территориальном аспекте / И. А. Артемьев [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. - Вып. 9. - С. 61-65.
127. Распространенность злоупотребления наркотиками по регионам мира / О. А. Сафонов [и др.] // Наркология. - 2011. - № 2. - С. 47-55.
128. Региональные особенности эпидемиологической обстановки по наркологическим расстройствам населения Новосибирской области / В. Н. Букин [и др.] // Вопросы наркологии. - 2011. - № 2. - С. 14-19.
129. Романов, К.Н. Клинико-эпидемиологический анализ стационарного контингента больных с металкогольными психозами : автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. Н. Романов. - Москва, 2010. - 24 с.

130. Ростовцев, В. Н. Подходы к оценкам эффективности здравоохранения / В.Н. Ростовцев // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2012. - №9. - С. 182-185.
131. Рыбакова, Л.Н. Опыт регионов Российской Федерации по организации профилактики злоупотребления психоактивными веществами / Л.Н. Рыбакова, Л. Д. Мирошниченко, Е.Л. Мирошниченко // Вопросы наркологии. - 2012. - № 5. - С. 48-61.
132. Сабаев, А.В. Факторный анализ в изучении медико-социальных аспектов острых наркотических отравлений у населения города Омска / А.В. Сабаев, О.П. Голева // Наркология. - 2015. - № 4. - С. 79-82.
133. Сатаева, Л.Г. Распространенность наркологических расстройств в Республике Казахстан и обеспечение лекарственными средствами больных с данной патологией / Л.Г. Сатаева // Вопросы наркологии. - 2013. - № 5. - С. 86-93.
134. Сахаров, А.В. Показатели смертности от острых отравлений алкоголем в Забайкальском крае / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // Вопросы наркологии. - 2012. - № 1. - С. 11-18.
135. Сиволап, Ю.П. К вопросу о рациональном лечении в наркологии / Ю.П. Сиволап // Дискуссионные вопросы современной отечественной наркологии –Казань: Медицина, 2012. - С. 103-109.
136. Сиволап, Ю.П. Федеральные рекомендации по диагностике и лечению в наркологии: критический анализ / Ю.П. Сиволап // Наркология. - 2014. - № 9. - С. 68-74.
137. Сидуллин, А.Ю. Лекарственные средства, применяемые при инфузионно-дезинтоксикационной терапии / А.Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина, М.Ф. Бариев // Актуальные вопросы повышения качества последипломной подготовки фармацевтических кадров : сб. науч. ст. Российской науч.-практич. конф. – Казань: КазГМУ, 2012. - Вып. 4. - С. 79-89.
138. Сидуллин, А.Ю. Маркетинговые исследования лекарственного обеспечения больных острой алкогольной интоксикацией / А. Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина, К.А. Шубина // Актуальные вопросы повышения качества последипломной

- подготовки фармацевтических кадров : сб. науч. ст. Российской науч.-практич. конф. – Казань: КазГМУ, 2011. - Вып. 3. - С. 128-138.
139. Сидуллин, А.Ю. Маркетинговый анализ рынка лекарственных средств, применяемых при детоксикационной терапии в наркологии / А.Ю. Сидуллин // Фармация. - 2014. - №4 - С. 31-34.
140. Сидуллин, А.Ю. Наркотические вещества и история возникновения наркомании / А.Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина, М.Ф. Бариев // Актуальные вопросы повышения качества последипломной подготовки фармацевтических кадров : сб. науч. ст. Российской науч.-практич. конф. – Казань: КазГМУ, 2012. - Вып. 4. - С. 5-12.
141. Сидуллин, А.Ю. Несовместимости лекарственных средств / А.Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина, К.А. Шубина // Актуальные вопросы повышения качества последипломной подготовки фармацевтических кадров : сб. науч. ст. Российской науч.-практич. конф. – Казань: КазГМУ, 2012. - Вып. 4. - С. 20-28.
142. Сидуллин, А.Ю. Несовместимость лекарственных средств / А.Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина // Молодые учёные в медицине : тез. докл. Всероссийской науч.-практич. конф. – Казань: КазГМУ, 2012. - С. 95.
143. Сидуллин, А.Ю. Основные направления совершенствования лекарственного обеспечения больных с острой алкогольной интоксикацией / А.Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина, М.Ф. Бариев // Актуальные вопросы повышения качества последипломной подготовки фармацевтических кадров: сб. науч. ст. Российской науч.-практич. конф. – Казань: КазГМУ, 2011. - Вып. 3. - С. 122-128.
144. Сидуллин, А.Ю. Оценка на региональном уровне информированности провизоров аптечных учреждений, врачей и среднего медицинского персонала наркологических стационаров в отношении фармацевтической несовместимости лекарственных средств / А.Ю. Сидуллин [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. - №6. - 2013. - Режим доступа: [www.science-education.ru/113-10780](http://www.science-education.ru/113-10780).
145. Сидуллин, А.Ю. Оценка основных потребительских свойств лекарственных средств, применяемых при алкогольной интоксикации на региональном уровне

- / А.Ю. Сидуллин // Современная наука - тенденции развития : сб. науч. ст. Международной науч.-практич. конф. - Тамбов, 2013. - Ч. 5. - С. 134-136.
146. Сидуллин, А.Ю. Распространённость наркологических заболеваний в мире, России и Республике Татарстан / А.Ю. Сидуллин, С. А. Сидуллина, М.Ф. Бариев // Актуальные вопросы повышения качества последипломной подготовки фармацевтических кадров: сб. науч. ст. Российской науч.-практич. конф. – Казань: КазГМУ, 2012. - Вып. 4. - С. 71-78.
147. Сидуллин, А.Ю. Случаи несовместимости лекарственных препаратов при их смешивании в одном шприце или системе для парентерального введения / А.Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина // Здоровье человека в XXI веке : сб. науч. ст. IV Российской науч.-прак.конф. – Казань : КазГМУ, 2012. - С. 494-498.
148. Сидуллин, А.Ю. Современные схемы инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии. Вопросы обеспечения качества / А.Ю. Сидуллин, С.Н. Егорова, В.Н. Ослопов // Вестник современной клинической медицины. –2013. - Т. 6, вып. 4. - С. 9-13.
149. Сидуллин, А.Ю. Сравнительный анализ наркологической ситуации в РФ и РТ в динамике 2009-2013 гг / А. Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина // Актуальные вопросы образования и науки - теоретические и методические аспекты : сб. науч. ст. Международной науч.-практич. конф. - Тамбов, 2014. - Ч.3. - С. 126-130.
150. Сидуллин, А.Ю. Структурный анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых при алкогольной интоксикации на региональном уровне / А.Ю. Сидуллин // Современная наука - тенденции развития : сб. науч. ст. III Международной науч.-практич. конф. - Краснодар, 2012. - Т.1. - С. 204-207.
151. Сидуллин, А.Ю. Структурный анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых при детоксикационной терапии в наркологии на региональном уровне (на примере Республики Татарстан) [Электронный ресурс] / А.Ю. Сидуллин // Фундаментальные исследования. – 2013. - №11, Ч. 5. –С. 964-969. Режим доступа:<http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=33234>.
152. Сидуллин, А.Ю. Структурный анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых при детоксикационной терапии в наркологии, на примере

Республики Татарстан / А.Ю. Сидуллин // Сб. науч. тр., посвященный 35-летию кафедры УЭФ КазГМУ МЗ РФ. - Казань, 2014. - С. 108-114.

153. Сидуллин, А.Ю. Схемы инъекционной дезинтоксикационной терапии при отравлениях психоактивными веществами на госпитальном этапе / А.Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина // Актуальные вопросы повышения качества последипломной подготовки фармацевтических кадров : сб. науч. ст. Российской науч.-прак. конф. – Казань: КазГМУ, 2013. - Вып. 5. - С. 115-123.

154. Сидуллин, А.Ю. Фармакоэкономическая оценка инфузионно-детоксикационной терапии при отравлениях психоактивными веществами в наркологических стационарах Республики Татарстан / А. Ю. Сидуллин, С.Н. Егорова, С.А. Сидуллина // Фармакоэкономика: теория и практика. - 2017. - Т. 5, № 2. - С. 48-61.

155. Сидуллин, А.Ю. Фармакоэкономический анализ. Клинико-экономические исследования: учебное пособие / А.Ю. Сидуллин, Г.Х. Гарифуллина. - Казань, 2016. - 55 с.

156. Сидуллин, А.Ю. Фармацевтическая несовместимость при комбинации различных лекарств в инфузионной терапии / А.Ю. Сидуллин, В.Н. Ослопов, С.А. Сидуллина // Практическая медицина. - 2013. - № 5 (74). -С. 43-46.

157. Сидуллин, А.Ю. Химико-токсикологический анализ ПАВ и общие этапы лечения зависимостей / А.Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина, М.Ф. Бариев // Актуальные вопросы повышения качества последипломной подготовки фармацевтических кадров : сб. науч. ст. Российской науч.-прак.конф. – Казань: КазГМУ, 2012. - Вып. 4. - С. 12-20.

158. Сидуллин, А.Ю. Химические зависимости в наркологии / А.Ю. Сидуллин, С.А. Сидуллина, М.Ф. Бариев // Актуальные вопросы повышения качества последипломной подготовки фармацевтических кадров : сб. науч. ст. Российской науч.-практич. конф. – Казань : КазГМУ, 2012. - Вып. 4. - С. 28-36.

159. Сравнительная оценка влияния ремаксола и адеметионина на клиническое течение и динамику показателей углеводного и белкового обмена у больных с острыми отравлениями этанолом на фоне алкогольных поражений печени

- / Г. А. Ливанов [и др.] // Экспериментальная и клиническая фармакология. -2015. - Т. 91, № 4. - С. 25-28.
160. Тарычев, В.В. Легитимность стандартов оказания скорой медицинской помощи / В.В. Тарычев // Медицинское право. - 2014. - № 1. - С. 49-50.
161. Уткин, С.И. Эффективность мексидола (2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцината) в составе инфузионной терапии алкогольного абстинентного синдрома / С.И. Уткин // Вопросы наркологии. - 2010. - №2. - С. 36-41.
162. Фармакотерапевтическая эффективность цитофлавина в интенсивной терапии жизнеугрожаемых состояний (клинический обзор) / М. Г. Романцов [и др.] // Клинические и экспериментальные исследования. - 2009. - № 2. - С. 125-133.
163. Фармакоэкономика алкоголизма / Р. И. Ягудина [и др.]. – Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. - 184 с.
164. Фармакоэкономическое обоснование выбора антидепрессантов у пациентов с опийной наркоманией / Д. В. Роскошная [и др.] // Медицина и образование в Сибири. - 2012. - № 1. - С. 13-21.
165. Фаттахов, Ф.З. Анализ деятельности наркологических учреждений Республики Татарстан за 2009-2011 и 2012-2013 гг. / Ф.З. Фаттахов, Г.Г. Тухватуллин, И.В. Тазетдинов; РНД МЗ РТ. – Казань, 2013. - 150 с.
166. Хабриев, Р.У. Оценка технологий здравоохранения / Р.У. Хабриев, Р.И. Ягудина, Н. Г. Правдюк. – Москва: Мединформ агентство, 2013. - 404 с.
167. Ходырева, Е.А. Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами подросткового населения Российской Федерации / Е.А. Ходырева // Совершенствование правовых основ наркологической помощи: материалы науч.-практ. конф. - Москва, 2014. - С. 56-57.
168. Царев, С.А. Динамика структуры и социальной стоимости наркомании в Самарской области в 2007-2010 гг. / С.А. Царев // Вопросы наркологии. - 2012. - № 3. - С. 48-62.



169. Царев, С.А. Инновационная модель оказания наркологической помощи, как механизм снижения социальной стоимости наркомании :автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С. А. Царев. - Москва, 2013. - 47 с.
170. Царев, С.А. Оценка экономической эффективности наркологической помощи потребителям наркотиков на региональном уровне на примере Самарской области в 2007–2010 гг. / С.А. Царев, Е.А. Кошкина // Наркология. - 2013. - № 3. - С. 34-37.
171. Чекунова, О.И. Использование фармакоэкономического анализа при выборе лекарственных средств для отделений анестезиологии и реанимации / О.И. Чекунова, Н.М. Бат // Кубанский научный медицинский вестник. - 2008. - № 1-2. - С. 96-99.
172. Ших, Е.В. Вопросы взаимодействий в витаминно-минеральных комплексах на уровне всасывания на примере витаминов группы В / Е. В. Ших, Г.В. Раменская, Л.Ю. Гребенщикова // Справочник поликлинического врача. - 2010. - № 8. - С. 12-16.
173. Шувалов, С.А. Острые алкогольные психозы и судорожные припадки у больных алкоголизмом: роль возраста, пола и сезонного фактора / С.А. Шувалов, О.Ж. Бузик, А.О. Кибитов // Вопросы наркологии. - 2012. - № 6. - С. 35-53.
174. Шувалов, С.А. Рецидивы острых алкогольных психозов и судорожных припадков у больных алкоголизмом в практике отделения неотложной наркологической помощи / С.А. Шувалов, О.Ж. Бузик, А.О. Кибитов // Российский психиатрический журнал. - 2013. - № 1. - С. 52-59.
175. Юбкин, В.И. Государственная политика развития здравоохранения в области лекарственного обеспечения: российский и международный опыт [Электронный ресурс] / В.И. Юбкин, А.А. Замятин, И.В. Жукова // Системная интеграция в здравоохранении: электронный научный журнал. - 2013. - № 1. - С. 66-71. –Режим доступа: [www.sys-int.ru](http://www.sys-int.ru)
176. Ягудина, Р. И. Алкоголизм: затраты государства на лечение и эффект фармакотерапии / Р.И. Ягудина, А.Ю. Куликов, К.Ю. Усенко // Новая аптека. Эффективное управление. - 2010. - №2. - С. 60-64.

177. Ягудина, Р. И. Методология проведения анализа «затрат» при проведении фармакоэкономических исследований / Р.И. Ягудина, А. Ю. Куликов, И.А. Комаров // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2011. - Т. 4, №3. - С. 3-6.
178. Ягудина, Р. И. Фармакоэкономика: общие сведения, методы исследования / Р.И. Ягудина, А.Ю. Куликов // Новая аптека. - 2007. - №9. - С. 73-78.
179. Ягудина, Р. И. Экономические последствия алкоголизма для Российской Федерации. Фармакоэкономическая оценка лекарственного средства Вивитрол / Р.И. Ягудина, К.Ю. Усенко // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2009. - Т.2, №2. - С. 44-48.
180. Яковлева, Н.Г. Совершенствование лекарственного обеспечения наркологических больных на региональном уровне: автореф. дис. ... канд. фарм. наук / Н.Г. Яковлева. - Пятигорск, 2007. - 22 с.
181. A signal for an abuse liability for pregabalin – results from the Swedish spontaneous adverse drug reaction reporting system / S. Schwan [et al.] // Eur. J. Clin. Pharmacol. - 2010. - Vol. 66. - P. 947-953.
182. Abstinence and current or former alcohol use as predictors of disability retirement in Finland / L. Kaila-Kangas [et al.] // Scand J Public Health. - 2015. - Vol. 43, № 4. - P. 373-380.
183. Alcohol consumption and body weight / M.T. French [et al.] // Health Economics. - 2010. - Vol. 19, № 7. - P. 814-832.
184. Alcohol dependence treatments: comprehensive healthcare costs, utilization outcomes, and pharmacotherapy persistence / O. Baser [et. al.] // Am J Manag Care. - 2011. - № 17, Suppl 8. - P. 222-234.
185. Alcoholism Typology Medical Treatment and Research / D. Kogoj [et al.] // Arch. Psych. Psychother. - 2010. - Vol. 4. - P. 37-48.
186. Amato, L. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the alcohol withdrawal syndrome / L. Amato, S. Minozzi, M. Davoli // Cochrane. Database. Syst. Rev. - 2011. - № 6. - P.54.

187. Anderson, P. Alcohol and public health in Europe. A short report / P. Anderson. – Rutgers: Institute of Alcohol Studies, 2007. - 62 p.
188. Anderson, P. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches [Электронный ресурс] / P. Anderson, L. Møller, G. Galea; World Health Organization. Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2012. –161p. - Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf).
189. Aubin, H.J. Emerging pharmacotherapies for alcohol dependence: a systematic review focusing on reduction in consumption / H.J. Aubin, J.B. Daepfen // Drug Alcohol Depend. - 2013. - Vol. 133, № 1. - P. 15-29.
190. BalesterMouret, S. Inpatient care in the treatment of alcohol use disorders / S. BalesterMouret. // Rev Prat. - 2011. - Vol. 61, № 10. - P. 1381-1385.
191. Bauer, M. Die Psychiatrie-EnqueteimEuropäischeVergleich / M. Bauer, T. Becker. –Bonn:Psychiatrie-Verl., 2001. - Bd. 2. - P. 235-241.
192. Benich, J.J. Opioid dependence / J.J. Benich // Prim. Care. - 2011. - Vol. 38, № 8. - P. 59-70.
193. Beresford, T.P. Alcoholism: diagnosis, prognosis, epidemiology, and burden of the disease / T.P. Beresford, N. Wongngamnit, B.A. Temple // HandbClin Neurol. - 2014. - Vol. 125. - P. 3-13.
194. Bergman, E. Kosten alcohol assoziierterKrankheiten / E. Bergman, K. Horch; Robert-Koch Institut. - Berlin, 2002.
195. Besemer, F. Alcohol-induced Cushing syndrome. Hypercortisolism caused by alcohol abuse / F. Besemer, M. Pereira, J.W. Smit // The Netherlands J Medicine. - 2011. - Vol. 69, № 7. - P. 318-323.
196. Budget impact analysis-principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force / S.D. Sullivan [et al.] // Value Health. - 2014. - Vol. 17, № 1. - P. 5-14.
197. Burapakajornpong, N. Pattern and risk factors of alcohol withdrawal delirium / N. Burapakajornpong, B. Maneeton, M. Srisurapanont // J Med Assoc Thai. - 2011. - Vol. 94, № 8. - P. 991-997.

198. Carbamazepine and valproate as adjuncts in treatment of alcohol withdrawal syndrome: a retrospective cohort study / F. Eyer [et al.] // *Alcohol-Alcohol*. - 2011. - Vol. 46, № 2. - P. 177-184.
199. CHIPS (College Health Intervention Projects). Department of Family Medicine. Study NCT00244049. Information provided by University of Wisconsin, Madison. First Received: October 21, 2005. Last Updated: March 2, 2009. –Madison, 2009. - 17 p.
200. Comparison of healthcare utilization among patients treated with alcoholism medications / T.L. Mark [et al.] // *Am J Manag Care*. - 2010. - Vol. 16, № 12. - P. 879-888.
201. Comparison of Reimbursement Systems of Various Countries in Central and Eastern Europe, Africa, Middle East and Asia / P. Davey [et al.] // *ISPOR Connections*. - 2005. - Vol. 11, № 1. - P. 4-5.
202. Costentin, J. Cannabis in France, new insights / J. Costentin // *Bull Acad Natl Med*. - 2015. - Vol. 198, № 3. - P. 517-526.
203. Country capacity for noncommunicable disease prevention and control in the WHO European Region [Электронныйресурс] / WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2011. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2010/country-capacity-for-noncommunicable-disease-prevention-and-control-in-the-who-european-region>.
204. Danko, D. Health technology assessment in middle-income countries: recommendations for a balanced assessment system / D. Danko // *J. of Market Access & Health Policy*. - 2014. - № 2. - P. 23-28.
205. Demographic projections of future pharmaceutical consumption in the Netherlands / N.G. Van der Aa [et al.] // *Water Sci Technol*. - 2011. - Vol. 63, № 4. - P. 825-831.
206. Donnell A. The impact of brief alcohol interventions in primary health care: a systematic review of reviews / A. Donnell, P. Anderson, D. Newbury-Birh // *Alcohol Alcohol*. - 2014. - Vol. 49, №1. - P. 66-78.
207. Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review / T. Donker [et al.] // *Psychol Med*. - 2015. - Vol. 45, № 16. - P. 3357-33576.

208. Effect of detoxification on liver stiffness assessed by Fibroscan® in alcoholic patients / E. Gelsi [et al.] // *Alcohol ClinExp Res.* - 2011. - Vol. 35, № 3. - P. 566-570.
209. Efficacy and safety of levetiracetam for outpatient alcohol detoxification / C.A. Müller [et al.] // *Pharmacopsychiatry.* - 2010. - Vol. 43, № 5. - P. 184-189.
210. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial / J.C. Garbutt [et al.] // *JAMA.* - 2005. - Vol. 293. - P. 1617-1625.
211. El Ansari, W. Predictors of illicit drug/s use among university students in Northern Ireland, Wales and England / W. El Ansari, L. Vallentin-Holbech, C. Stock // *Glob J Health Sci.* - 2014. - Vol. 16, № 7. - P. 18-29.
212. Epidemiology of Alcohol Poisoning and Its Outcome in the North-West of Iran / H.R. MortezaBagi [et al.] // *Emerg (Tehran).* - 2015. - Vol. 3, № 1. - P. 27-32.
213. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III / B. F. Grant [et al.] // *JAMA Psychiatry.* - 2016. - Vol. 73, № 1. - P. 39-47.
214. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Annual Report 2010 / The state of the drugs problem in Europe. - Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2010.
215. Expert opinions on the first-line pharmacological treatment for delirium in Japan: a conjoint analysis / Y. Okumura [et al.] // *Int.Psychogeriatr.* - 2016. - Vol. 18. - P. 1-10.
216. Fareed, A. Heroin anticraving medications: a systematic review / A. Fareed, T.B. Baker // *M. Engl. J. Med.* - 2011. - Vol. 365, № 13. - P. 1222-1231.
217. Froehlich, J.C. Combining naltrexone and prazosin in a single oral medication decreases alcohol drinking more effectively than does either drug alone/ J.C. Froehlich, B.J. Hausauer, D.D. Rasmussen // *Alcohol ClinExp Res.* - 2013. - Vol. 37, № 10. - P. 1763-1770.
218. Fukuda, T. Reduction in alcohol consumption as a treatment goal of alcohol dependence: actual conditions in Okinawa / T. Fukuda, M. Nakai, M. Murakami // *Nihon ArukoruYakubutsuIgakkaiZasshi.* - 2013. - Vol. 48, № 1. - P. 58-63.

219. Gardner, E.L. Addiction and brain reward and antireward pathways / E.L. Gardner // *Adv. Psychosom. Med.* - 2011. - Vol. 30. - P. 22-60.
220. Gastfriend, D.R. A pharmaceutical industry perspective on the economics of treatments for alcohol and opioid use disorders / D.R. Gastfriend // *Ann N Y Acad Sci.* - 2014. - Vol. 1327. - P. 112-130.
221. Gender and nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III / B. T. Kerridge [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* - 2015. - № 1. - P. 47-56.
222. Global Status Report on NCDs. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants / World Health Organization. - Geneva, 2011. - P. 176.
223. Good research practices for measuring drug costs in cost-effectiveness analyses: Medicare, medicaid and other US Government payers perspectives : The ISPOR drug cost task force report - Part IV // *Value In Health.* - 2010. - Vol. 13, № 1. - P. 18-24.
224. Hasin, D.S. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings / D.S. Hasin, B.F. Grant // *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.* - 2015. - Vol. 50, № 11. - P. 1609-1640.
225. Heather N. Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? / N.Heather // *Addict. Sci. Clin. Pract.* - 2012. - Vol. 7, №1. - P. 15.
226. Heinrich, C.J. Adoption and diffusion of evidence-based addiction medications in substance abuse treatment / C.J. Heinrich, G.R. Cummings // *Health Serv Res.* - 2014. - Vol. 49, № 1. - P. 127-152.
227. Impact of adaptive functioning on readmission to alcohol detoxification among Alaska Native People / U. Running Bear [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* - 2014. - Vol. 140. - P. 168-174.
228. Järvinen, T. Designer-drug overdose patients treated by Helsinki Emergency Medical Services in 2009-2012 / T. Järvinen, J. Oyd // *Duodecim.* - 2015. - Vol. 131, № 18. - P. 1659-1666.

229. Касары, Е. Determinants of Alcohol Consumption by College Students / Е. Касары, S. Choudhury // NY Econ. Review. - 2006. - Vol. 37. - P. 3-19.
230. Kryger, H.A. A woman's guide to men's health / H.A. Kryger. - RDR Books, US, 20076. - 324 p.
231. Kufner, H. Epidemiology of substance use and substance use disorders in Germany / H. Kufner // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. - 2010. - Vol. 53, № 4. – P. 271-283.
232. Lal, A. The cost-effectiveness of call-back counselling for smoking cessation [Электронный ресурс] / A. Lal, C. Mihalopoulos, A. Wallace // Tob Control. - 2013. – Режим доступа: <http://www.scicombinator.com/articles/478541>
233. Leon, D.A. Alcohol and Russian mortality: A continuing crisis / D.A. Leon, V.M. Sholnikov, M. McKee // Addiction. - 2009. - Vol. 104. - P. 1630-1636.
234. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline / M.F. Mayo-Smith [et al.] // Arch. Intern. Med. - 2004. - Vol. 12, № 164 (13). - P. 1405-1412.
235. Medicare prescription drug plan coverage of pharmacotherapies for opioid and alcohol dependence in WA / J. Kennedy [et al.] // Drug Alcohol Depend. - 2011. - Vol. 114, № 2-3. - P. 201-206.
236. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis / A. Cameron [et al.] // Lancet. - 2009. - Vol. 373. - P. 240-249.
237. Mitis, F. European facts and «Global status report on road safety 2013» WHO Regional Office for Europe / F. Mitis, D. Sethi. - Copenhagen, 2013. - 8 p.
238. Murdoch, J. A 'symptom-triggered' approach to alcohol withdrawal management / J. Murdoch, J. Marsden // Br J Nurs. - 2014. - Vol. 23, № 4. - P. 198-202.
239. Navarro H.J. Measuring costs of alcohol harm to others: a review of the literature /H.J. Navarro, C.M. Doran, A.P. Shakeshaft/ Drug Alcohol Depend. - 2011. - Vol. 114, № 2-3. - P. 87-99.
240. Nemchenko, A. S. Клініко-економічний аналіз фармацевтичного забезпечення хворих на наркозалежність / A.S. Nemchenko, O.S. Yakovleva

// Управління, економіка та забезпечення якостів фармації. - 2011. - № 5. - С. 52-57.

241. Neurophysiological patterns of search and creative behavior in patients with psychoactive substance-induced disorders / E.I. Batukhtina [et al.] // Bull. Exp. Biol. Med. - 2014. - Vol. 156, № 5. - P. 598-601.

242. Opioid antagonists for alcohol dependence / S. Rösner, A. Hackl-Herrwerth, S. Leucht [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2010. - Issue 12. - Art. No.: CD001867.

243. Osaki, Y. Epidemiology of addictive disorders and behaviors in Japan / Y. Osaki, A. Kinjo // Nihon Rinsho. - 2015. - Vol. 73, № 9. - P. 1459-1464.

244. Ozbolt, L.B. Atypical antipsychotics for the treatment of delirious elders / L.B. Ozbolt, M.A. Paniagua, R.M. Kaiser // J. Am. Med. Dir. Assoc. - 2008. - Vol. 9, № 1. - P. 18-28.

245. Pavarin, R.M. Mortality Risk Among Heroin Abusers: Clients and Non-clients of Public Treatment Centers for Drug Addiction / R.M. Pavarin // Subst Use Misuse. - 2015. - Vol. 50, № 13. - P. 6.

246. Personality disorders among patients accessing alcohol detoxification treatment: prevalence and gender differences / R.L. Picci [et al.] // Compr Psychiatry. - 2012. - Vol. 53, № 4. - P. 355-363.

247. Pharmacological challenge with naloxone and cue exposure in alcohol dependence: results of a randomized, double-blind placebo-controlled trial / M. Lieb [et al.] // World J Biol Psychiatry. - 2013. - Vol. 14, № 7. - P. 539-546.

248. Pharmacological management of alcohol withdrawal in a general hospital / S. Quinn [et al.] // Adv. Psychiatr. Treat. - 2000. - Vol. 6. - P. 348-355.

249. Pierrakos, C. Sepsis biomarkers: a revive / C. Pierrakos // Crit Care. - 2010. - Vol. 14. - P. 15.

250. Pregabalin abuse, dependence, and withdrawal: a case report / M. Grosshans [et al.] // Am. J. of Psychiatry. - 2010. - Vol. 167. - P. 7.

251. Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe / J. Rehm [et al.] // Eur Addict Res. - 2015. - Vol. 21, № 1. - P. 6-18.



252. Prevalence of Marijuana Use Disorders in the United States Between 2001-2002 and 2012-2013 / D. S. Hasin [et al.] // JAMA Psychiatry. - 2015. - № 12. - P. 1235-1242.
253. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women / N.A. Bokhan [et al.] // J of Psychology and Psychotherapy. - 2013. - Vol. 3, Issue 5. - P. 1-4.
254. Puzynski, S. Evolution of the Mental Health Care System in Poland / S. Puzynski, J. Moskalewicz // Acta Psychiatr. Scand. - 2001. - Vol. 104. - P. 69-73.
255. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence / D. R. Gastfriend [et al.] // J. of Substance Abuse Treatment. - 2007. - Vol.33, Issue 1. - P. 71-80.
256. Refeeding syndrome is uncommon in alcoholics admitted to a hospital detoxification unit / S. Manning [et al.] // Intern Med J. - 2014. - Vol. 44, № 5. - P. 512-514.
257. Reilly, W. Sex Differences in Acoustic Startle Responses and Seizure Thresholds between Ethanol-Withdrawn Male and Female Rats / W. Reilly, B. Koirala, L.L. Devaud // Alcohol and Alcoholism. - 2009. - Vol. 44, № 6. - P. 561-566.
258. Robinson, T.N. Postoperative delirium in the elderly: diagnosis and management / T.N. Robinson, B. Eiseman // Clin. Interv. Aging. - 2008. - Vol. 3, № 2. - P. 351-355.
259. Roerecke, M. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis / M. Roerecke, J. Rehm // Addiction. - 2013. - Vol. 108, №9. - P. 1562-1578.
260. Rundio, A Jr. Substance use disorders and evidence-based detoxification protocols / A. Jr. Rundio // NursClin North Am. - 2013. - Vol. 48, № 3. - P. 415-436.
261. Shushpanova, T.V. Synaptogenesis and the Formation of Benzodiazepine Receptors in the Human Brain in Conditions of Prenatal Alcoholization / T.V Shushpanova, A.V. Solonskii // Neuroscience and Behavioral Physiology. - 2013. - Vol. 43, № 4. - P. 423-430.
262. Siqueira, L. Binge Drinking / L. Siqueira, V.C. Smith // Pediatrics. - 2015. - Vol. 136, № 3. - P. 718-726.

263. Soravia, L. Benefits of specialized centers for the treatment of addictive disorders / L. Soravia, P. Allemann // *Ther Umsch.* - 2014. - Vol. 71, № 10. - P. 622-625.
264. Soyka, M. Nalmefene for the treatment of alcohol use disorders: recent data and clinical potential / M. Soyka // *Expert Opin Pharmacother.* - 2016. - № 25. [Epub ahead of print].
265. Spyra, A. Treatment recommendations for alcohol dependence—comparison of German and international guidelines / A. Spyra, R.P. Rychlik. // *Dtsch Med Wochenschr.* - 2013. - Vol. 138, № 44. - P. 2265- 2270.
266. Stewart, S. Assessment and management of alcohol dependence and withdrawal in the acute hospital: concise guidance / S. Stewart, S. Swain // *Clin Med.* - 2012. - Vol. 12, № 3. - P. 266-271.
267. Teixeira, J. Nutritional evaluation of alcoholic in patients admitted for alcohol detoxification / J. Teixeira, T. Mota, J.C. Fernandes // *Alcohol Alcohol.* - 2011. - Vol. 4, № 5. - P. 558-560.
268. The drug situation in Europe: an overview of data available on illicit drugs and new psychoactive substances from European monitoring in 2015 / J. Mounteney [et al.] // *Addiction.* - 2016. - Vol. 111, № 1. - P. 34-48.
269. The Espad Report 2011 / B. Hibell [et al.] // *Substance Use Among Students in 36 Europran Countries.* - 2011. - P. 39-52.
270. The impact of prior authorization on buprenorphine dose, relapse rates, and cost for Massachusetts Medicaid beneficiaries with opioid dependence / R.E. Clark, [et al.] // *Health Serv Res.* - 2014. - Vol. 49, № 6. - P. 1964-1979.
271. The prevalence and correlates of alcohol use and alcohol use disorders: a population based study in Colombo, Sri Lanka [Электронный ресурс] / H.M. Zavos [et al.] // *BMC Psychiatry.* – 2015. - № 15. – P. 158. – Режим доступа: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0549-z>.
272. The role of the erythrocyte membrane and cytoskeleton in Ca<sup>2+</sup>-induced hyperpolarization in alcoholism and diabetes / V.D. Prokopieva [et al.] // *Biological and Biomedical Reports.* - 2012. - Vol. 2, № 3. - P. 149-158.

273. The use of very-low-dose methadone and haloperidol for pain control in the hospital setting: a preliminary report / S.R. Salpeter [et al.] // *J. Palliat Med.* - 2015. - Vol. 18, №2. - P. 114-119.
274. Thiercelin, N. Facteurs de risqué du delirium tremens: revue de la littérature / N. Thiercelin // *Rev. Med. Interne.* - 2012. - Vol. 33, № 1. - P. 18-22.
275. Thomson, A.D. Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and the development of the Wernicke-Korsakoff Syndrome / A.D. Thomson // *Alcohol.* - 2006. - Vol. 35, № 1. - P. 2-7.
276. Topiramate treatment for alcoholic outpatients recently receiving residential treatment programs: a 12-week, randomized, placebo-controlled trial / S. Likhitsathian, [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* - 2013. - Vol. 133, № 2. - P. 440-446.
277. Van der Linde, K. Secondary data analysis of the prevalence of alcohol dependence (F10.2) in Germany / K. Van der Linde, J. Wasem, G. Lux // *Dtsch Med Wochenschr.* - 2014. - Vol. 139, № 45. - P. 2285-2289.
278. Who needs inpatient detox? Development and implementation of a hospitalist protocol for the evaluation of patients for alcohol detoxification / J.R. Stephens [et al.] // *J Gen Intern Med.* - 2014. - Vol. 29, № 4. - P. 587-593.
279. Zambelis, T. Large and small fiber neuropathy in chronic alcohol-dependent subjects / T. Zambelis, N. Karandreas, E. Tzavellas // *J. Peripher. Nerv. Syst.* - 2006. - Vol. 10, № 4. - P. 375-381.
280. Zonisamide versus diazepam in the treatment of alcohol withdrawal syndrome / G. Rubio [et al.] // *Pharmacopsychiatry.* - 2010. - Vol. 43, № 7. - P. 257-262.

**ПРИЛОЖЕНИЕ А**  
**Акты внедрения**

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение  
высшего образования  
«Казанский государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49  
Тел.: (843) 236-06-52, факс: 236-03-93  
E-mail: rector@kazangmu.ru



Россия Федерациясе саламәтлек  
саклау министрлыгының  
«Казан дәүләт медицина университеты»  
югары белем бирү федераль дәүләт  
бюджет мәгариф учреждениеесе

420012, Казан шәһәре, Бутлеров ур., 49  
Тел.: (843) 236-06-52, факс: 236-03-93  
E-mail: rector@kazangmu.ru

ОКПО 01963640, ОГРН 1021602848189, ИНН / КПП 1655007760/165501001

№ 3418 во введении 201 7 г.  
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.  
Г \_\_\_\_\_ Г \_\_\_\_\_

УТВЕРЖДАЮ



Проректор по взаимодействию  
с учебно-производственными базами  
и клинической работе  
д.м.н. профессор А.В.Шулаев

» \_\_\_\_\_ 2017 г.

### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ:** Учебное пособие «Фармакоэкономический анализ. Клинико-экономические исследования».

**КЕМ И КОГДА РАЗРАБОТАНО:** кафедрой Фармации ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, 2016 г.

**АВТОРЫ:** аспирант кафедры Сидуллин А.Ю., доцент, к.фарм.н. Гарифуллина Г.Х.

**ГДЕ ВНЕДРЕНО:** кафедра фармации Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ:** Учебное пособие предназначено для провизоров, обучающихся по программе дополнительного профессионального образования. В учебном пособии изложены основные понятия и способы проведения фармакоэкономического анализа. Знание методологии проведения клинико-экономического исследования необходимо для повышения усвоения профессиональных компетенций ординаторов, аспирантов и провизоров.

**ЗАМЕЧАНИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ:** целесообразно рекомендовать к широкому внедрению в деятельность образовательных учреждений в качестве методической базы для оптимизации процесса профессиональной подготовки фармацевтических кадров.

Ответственный за внедрение:

Зав. учебной части кафедры фармации ФПК и ППС  
ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России,  
доцент к.фармац.н.

В.В.В. Н.В.Воробьева

## УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебно-методической работе и связям с общественностью  
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России,  
заслуженный работник высшей школы  
РФ, доктор медицинских наук,  
профессор  
Т.А.Федорина

«24» *сентября* 2017 г.



## АКТ ВНЕДРЕНИЯ

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ:** Учебное пособие  
«Фармакоэкономический анализ. Клинико-экономические исследования».

**КЕМ И КОГДА РАЗРАБОТАНО:** кафедрой Фармации ФПК и ППС ФГБОУ ВО  
«Казанский ГМУ» Минздрава России, 2016 г.

**АВТОРЫ:** аспирант кафедры Сидуллин А.Ю., доцент, к.фарм.н. Гарифуллина Г.Х.

**ГДЕ ВНЕДРЕНО:** кафедра управления и экономики фармации ФГБОУ ВО  
СамГМУ Минздрава России

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ:** Учебное пособие предназначено для провизоров, обучающихся по программе дополнительного профессионального образования. В учебном пособии изложены основные понятия и способы проведения фармакоэкономического анализа. Знание методологии проведения клинико-экономического исследования необходимо для повышения усвоения профессиональных компетенций ординаторов, аспирантов, врачей и провизоров.

**ЗАМЕЧАНИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ:** целесообразно рекомендовать к широкому внедрению в деятельность образовательных учреждений в качестве методической базы для оптимизации процесса профессиональной подготовки фармацевтических кадров.

Ответственный за внедрение: Заведующий учебной частью кафедры управления и экономики фармации ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, доцент, к.фарм.н. И.К.Петрухина *И.К.Петрухина*



УТВЕРЖДАЮ  
Исполняющий обязанности первого  
проректора-проректора по учебной  
работе  
ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава  
России, профессор

/С.Н.Цыбусов

«29» сентября 2017г.

## АКТ

### о внедрении результатов диссертационного исследования в учебный процесс

Результаты диссертационного исследования по теме «Оптимизация лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии на региональном уровне (на примере республики Татарстан)», выполненной Сидуллиным А.Ю. внедрены в учебный процесс на основании решения заседания кафедры управления и экономики фармации и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России (протокол №14 от 07 сентября 2017г.).

Материалы диссертационной работы Сидуллина А.Ю. используются в виде методических рекомендаций «Фармакоэкономический анализ. Клинико-экономические исследования» в учебном процессе на кафедре управления и экономики фармации и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России.

Заведующий кафедрой управления и  
экономики фармации и фармацевтической  
технологии, д.ф.н.

/ Кононова С.В./

07 сентября 2017г.

ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

ДӘУЛӘТ УНИТАР  
ПРЕДПРИЯТИЯСЕ

РЕСПУБЛИКА ТАТАРСТАН

ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
УНИТАРНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ
**«МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА И ФАРМАЦИЯ ТАТАРСТАНА»**

Республика Татарстан, 420054, г. Казань, ул. Тихорецкая, 11, тел.: (843)294-97-01, 294-97-48  
E-mail: ttmf@tatar.ru, http://farm.tatar.ru

10.10.2017 № 2804


**АКТ ВНЕДРЕНИЯ**

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ:** материалы диссертационной работы «Оптимизация лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии на региональном уровне (на примере Республики Татарстан)».

**КЕМ И КОГДА РАЗРАБОТАНО:** кафедрой Фармации ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России.

**АВТОРЫ:** аспирант кафедры Сидуллин А.Ю.

**ГДЕ ВНЕДРЕНО:** ГУП «Таттехмедфарм».

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ:** применение разработанных в исследовании методических подходов к формированию ассортимента лекарственных средств аптечной организации наркологического стационара с целью оптимизации лекарственного обеспечения пациентов отделения реанимации в рамках бюджетного финансирования, экономии бюджетных средств, расчета потребности в лекарственных препаратах при применении различных схем инфузионно-детоксикационной терапии.

Ответственный за внедрение:

Зам. ген. директора  
по аптечному складу

Мингазутдинов И.Г.



ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ  
ДИСПАНСЕР МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
ТАТАРСТАН»



420061, г.Казань, ул. Сеченова, д.6

ДӘУЛӘТ СӘЛАМӘТЛЕК САКЛАУ  
АВТОНОМИЯЛЕ ОЕШМАСЫ  
“ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  
СӘЛАМӘТЛЕК САКЛАУ  
МИНИСТРЛЫГЫНЫҢ  
РЕСПУБЛИКА НАРКОЛОГИЯ  
ДИСПАНСЕРЫ”

42006, Казан ш., Сеченов ур., 6 нчы йорт

Телефон: (843) 272-33-11, (843)272-34-81, факс: (843)273-72-66. E-mail: Rnd.mzrt@tatar.ru

11.09.2018 № 1878

На № \_\_\_\_\_

## АКТ ВНЕДРЕНИЯ

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ:** материалы диссертационной работы «Оптимизация лекарственного обеспечения инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии на региональном уровне (на примере Республики Татарстан)».

**КЕМ И КОГДА РАЗРАБОТАНО:** кафедрой Фармации ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России.

**АВТОРЫ:** аспирант кафедры Фармации ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России **Сидуллин Антон Юрьевич**.

**ГДЕ ВНЕДРЕНО:** ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ»

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ:** применение разработанных в исследовании методических подходов к формированию ассортимента лекарственных средств аптечной организации наркологического стационара с целью оптимизации лекарственного обеспечения пациентов отделения реанимации в рамках бюджетного финансирования, экономии бюджетных средств, расчета потребности в лекарственных препаратах.

Главный врач \_\_\_\_\_



**И.И. Ахметзянов**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ –  
ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»  
(ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО  
Минздрава России)

м/р Юбилейный, 100, г. Иркутск, 664049,  
Тел. (3952) 46-53-26, факс (3952) 46-28-01  
E-mail: [irkmapo@irk.ru](mailto:irkmapo@irk.ru)

26.09.2017 № 690  
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Утверждаю  
Зам. директора ИГМАПО  
по научной работе  
проф. К.В. Протасов



2017 г.

#### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

**Предложение для внедрения:** учебное пособие «Фармакоэкономический анализ. Клинико-экономические исследования».

**Кем и когда предложено:** кафедрой фармации факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2017 г.

**Авторы:** аспирант кафедры фармации А.Ю. Сидуллин, доцент кафедры фармации к.ф.н. Г.Х. Гарифуллин.

**Где внедрено:** учебное пособие используется в учебном процессе на кафедре фармации ИГМАПО – филиале ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

**Эффективность внедрения:** использование учебного пособия «Фармакоэкономический анализ. Клинико-экономические исследования» специалистами с фармацевтическим образованием, осуществляющих деятельность и обучающихся по программам дополнительного профессионального образования в сфере обращения лекарственных средств, будет способствовать повышению качества оказываемой фармацевтической помощи.

**Ответственный за внедрение:** доцент кафедры фармации ИГМАПО к.ф.н. Рыжова О.А.

Заведующая кафедрой фармации ИГМАПО – филиала  
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России  
д.ф.н., профессор

Г.Н. Ковальская



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ул.Островского, д. 11/6,  
город Казань, 420111



ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  
СӘЛАМӘТЛЕК САКЛАУ  
МИНИСТРЛЫГЫ

Островский ур., 11/6 нчы йорт,  
Казан шәһәре, 420111

Телефон: (843) 231-79-98, факс: (843) 238-41-44. E-mail: minzdrav@tatar.ru, сайт: <http://minzdrav.tatarstan.ru>

22.02.2018 № 01-01/52

На № \_\_\_\_\_

## АКТ ВНЕДРЕНИЯ

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ:** Методические рекомендации «Фармакоэкономический анализ. Клинико-экономические исследования».

**КЕМ И КОГДА РАЗРАБОТАНО:** кафедрой Фармации ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, 2016 г.

**АВТОРЫ:** аспирант кафедры Фармации ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России Сидуллин А.Ю., доцент кафедры, к.фарм.н. Гарифуллина Г.Х.

**ГДЕ ВНЕДРЕНО:** Министерство здравоохранения Республики Татарстан.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ:** использование рекомендаций специалистами с медицинским и фармацевтическим образованием, осуществляющих деятельность в сфере лекарственного обеспечения больных наркологическими стационаров, заведующих отделениями медицинской помощи в наркологических учреждениях здравоохранения, а так же обучающихся по программам дополнительного профессионального образования в сфере лекарственного обеспечения будет способствовать повышению качества оказываемой наркологической помощи на региональном уровне.

Заместитель министра здравоохранения  
Республики Татарстан



 Ф.Ф. Яркаева

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б**

**Стандарты лечения наркологических заболеваний.**

**Варианты назначений при инфузионно-детоксикационной терапии  
отравлений психоактивными веществами**

## Статистическая карта выкопировки из медицинской документации (образец)

Дата поступления и выписки	Возраст, лет	Пол	Семейное положение	Место работы	Место жительства	Степень тяжести заболевания	Хронические заболевания	Назначаемые лекарственные средства
09.01.11 23.01.11	52	М	+	раб	город	средней тяжести	+	Калия хлорид 4%-10,0х1раз, Декстроза (глюкоза) 5%-200,0х2раза, Натрия хлорид 0,9%-200,0х2раза, Натрия тиосульфат 30%-10,0х1раз, Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза, Магния сульфат 25%-5,0х1раз, Пиридоксин 5%-1,0х2раза (вит. В6), Тиамин 5%-1,0х2раза (вит. В1), Дифенгидрамин (димедрол) 1%-1,0х1раз, Тиоктовая кислота (Октолипен) конц д/инф (амп) 300мг-10,0х2раза, Трамадол 5%-2,0х2раза.
12.02.11 25.02.11	39	М	+	раб	город	средней тяжести	-	Калия хлорид 4%-10,0х1раз, Декстроза (глюкоза) 5%-200,0х1раз, Натрия хлорид 0,9%-200,0х2раза, Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза, Магния сульфат 25%-5,0х2раза, Тиамин 5%-1,0х2раза (вит. В1), Дифенгидрамин (димедрол) 1%-1,0х1раз, Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) 0,1%-1,0х2раза.
23.02.12 14.03.12	63	М	-	б/раб	село	тяжелое	+	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0х1раз, Натрия хлорид 0,9%-400,0х1раз, Натрия тиосульфат 30%-10,0х1раз, Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза, Магния сульфат 25%-5,0х1раз, Пиридоксин 5%-1,0х2раза (вит. В6), Тиамин 5%-1,0х2раза (вит. В1), Глицирризиновая кислота+Фосфолипиды (фосфоглив) 2,5г-10,0(р-ль)х2раза, Калия и магния аспаргинат (аспаркам) 5,0х2раза.

**Наркологические заболевания, требующие терапии в условиях стационара**

№ пп	Стандарт	Заболевание*	Нозология по МКБ 10	Фаза	Форма помощи	Средние сроки лечения, дни
1	125н	Абстинентное состояние с делирием	F10-16.4F18-19.4	обострение	экстренно	14
2	126н	Амнестический синдром	F10-16.6F18-19.6	обострение	экстренно	30
3	127н	Амнестический синдром	F10-16.6F18-19.6	любая	неотложно	90
4	129н	Острая интоксикация	F10-16.0F18-19.0	обострение	экстренно	5
5	131н	Пагубное употребление	F10-16.1 F18-19.1	обострение	экстренно	10
6	133н	Синдром зависимости	F10-16.2F18-19.2	ремиссия	неотложно	28
7	135н	Абстинентное состояние	F10.3 F11-16.3 F18-19.3	обострение	экстренно	10

\* - вызванное употреблением алкоголя(F10); опиоидов(F11); каннабиоидов(F12); седативных или снотворных веществ(F13); кокаина(F14); других стимуляторов, включая кофеин(F15); галлюциногенов(F16); летучих растворителей(F18); одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ(F19).

**Наркологические заболевания, требующие инфузионно-детоксикационной терапии  
в отделении реанимации и интенсивной терапии**

№ пп	Стандарт	Заболевание*	Нозология по МКБ 10	Фаза	Форма помощи	Средние сроки лечения, дни
1	125н	Абстинентное состояние с делирием	F10-16.4F18-19.4	обострение	экстренно	14
2	126н	Амнестический синдром	F10-16.6F18-19.6	обострение	экстренно	30
3	129н	Острая интоксикация	F10-16.0F18-19.0	обострение	экстренно	5
4	131н	Пагубное употребление	F10-16.1 F18-19.1	обострение	экстренно	10
5	135н	Абстинентное состояние	F10.3 F11-16.3 F18-19.3	обострение	экстренно	10

\* - вызванное употреблением алкоголя (F10); опиоидов (F11); каннабиоидов (F12); седативных или снотворных веществ (F13); кокаина (F14); других стимуляторов, включая кофеин (F15); галлюциногенов (F16); летучих растворителей (F18); одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19).

**СТАНДАРТ № 125н****СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АБСТИНЕНТНОМ СОСТОЯНИИ С ДЕЛИРИЕМ,  
ВЫЗВАННОМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Фаза: обострение

Стадия: любая

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: стационарно

Форма оказания медицинской помощи: экстренная, неотложная

Средние сроки лечения (количество дней): 14

Нозологические единицы

F10.4 Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя

F11.4 Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением опиоидов

F12.4 Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением каннабиоидов

F13.4 Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ

F14.4 Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением кокаина

F15.4 Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин

F16.4 Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением галлюциногенов

F18.4 Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением летучих растворителей

F19.4 Абстинентное состояние с делирием, вызванное одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ.



## Продолжение таблицы Б.4

**Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации,  
с указанием средних суточных и курсовых доз**

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	Средняя суточная доза	Средняя курсовая доза
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой		0,2			
		Платифиллин		мг	12	120
A03AD	Папаверин и его производные		0,2			
		Дротаверин		мг	240	2400
		Папаверин		мг	120	1200
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени		0,5			
		Орнитин		мг	20000	200000
		Глицирризиновая кислота +Фосфолипиды		мг	130 + 600	1300 + 6000
A06AB	Контактные слабительные средства		0,2			
		Сеннозиды А и В		мг	70	490
		Бисакодил		мг	10	30
A11DA	Витамин В1		0,5			
		Кокарбоксилаза		мг	100	1000
		Сульбутиамин		мг	600	6000
		Бенфотиамин		мг	300	3000
		Тиамин		мг	150	1500
A11GA	Аскорбиновая кислота (витамин С)		0,1			
		Аскорбиновая кислота		мг	500	5000
A11HA	Другие витаминные препараты		0,6			
		Пиридоксин		мг	150	1500
		Витамин Е		мг	100	1000
		Рибофлавин		мг	10	100
A12CC	Препараты магния		0,9			
		Магния оротат		мг	1000	14000
A12CX	Другие минеральные вещества		0,9			
		Калия и магния аспарагинат		мл	20	200
A16AA	Аминокислоты и их производные		0,2			
		Карнитин		мг	1000	10000
		Левокарнитин		мг	1000	10000
		Адеметионин		мг	800	8000

## Продолжение таблицы Б.4

	Глутаминовая кислота		мг	3000	42000
A16AX	Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ	0,5			
	Тиоктовая кислота		мг	900	9000
B02AB	Ингибиторы протеаз плазмы	0,05			
	Апротинин		АтрЕ	30 000	150000
B03BB	Фолиевая кислота и ее производные	0,01			
	Фолиевая кислота		мг	15	150
B05AA	Кровезаменители и препараты плазмы крови	0,01			
	Декстран		мл	800	2400
	Гидроксиэтилкрахмал		мл	500	3000
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс	0,5			
	Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид		мл	800	4000
	Стерофундин изотонический		мл	1000	3000
B05CX	Другие ирригационные растворы	0,3			
	Декстроза		мл	400	1200
B05XA	Растворы электролитов	0,6			
	Кальция хлорид		мл	1000	10000
	Магния сульфат		мл	2500	25000
	Калия хлорид		мл	800	8000
	Натрия хлорид		мл	1000	10000
C03CA	Сульфонамиды	0,02			
	Фуросемид		мг	80	400
C04AD	Производные пурина	0,1			
	Пентоксифиллин		мг	600	6000
C07AA	Неселективные бета-адреноблокаторы	0,1			
	Пропранолол		мг	80	800
C07AB	Селективные бета-адреноблокаторы	0,1			
	Атенолол		мг	100	1000
D08AX	Другие антисептики и дезинфицирующие средства	1,0			
	Бриллиантовый зеленый		мл	1	10
	Водорода пероксид		мл	20	200
	Этанол		мл	6	60
H02AB	Глюкокортикоиды	0,08			
	Преднизолон		мг	30	300
	Гидрокортизон		мг	250	2500

## Продолжение таблицы Б.4

M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения		0,06			
		Диклофенак		мг	150	1500
		Индометацин		мг	75	1050
N02AF	Барбитураты		0,1			
		Тиопентал натрия		мг	1000	5000
N03AA	Барбитураты и их производные		0,1			
		Фенобарбитал		мг	200	2000
N03AF	Производные карбоксиамида		0,2			
		Окскарбазепин		мг	1000	6000
		Карбамазепин		мг	800	11200
N03AG	Производные жирных кислот		0,2			
		Вальпроевая кислота		мг	1500	15000
		Гамма-аминомасляная кислота		мг	3750	52500
N05AA	Алифатические производные фенотиазина		0,01			
		Хлорпромазин		мг	600	6000
		Левомепромазин		мг	100	1000
N05AC	Пиперидиновые производные фенотиазина		0,1			
		Перициазин		мг	30	420
N05AD	Производные бутирофенона		0,1			
		Галоперидол		мг	10	140
		Дроперидол		мг	5	25
N05AF	Производные тиоксантена		0,1			
		Зуклопентиксол		мг	40	560
		Хлорпротиксен		мг	300	3000
N05AX	Другие антипсихотические средства		0,1			
		Рisperидон		мг	6	84
N05BA	Производные бензодиазепаина		0,3			
		Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин		мг	6	60
		Диазепам		мг	40	200
		Оксазепам		мг	50	350
		Лоразепам		мг	6	60
		Хлордiazепоксид		мг	30	300
		Медазепам		мг	30	150
		Алпразолам		мг	1	14
		Тофизолам		мг	150	2100
N05BB	Производные дифенилметана		0,3			

## Продолжение таблицы Б.4

		Гидроксизин		мг	200	2000
N05CD	Производные бензодиазепина		0,3			
		Мидазолам		мг	3,5	35
		Нитразепам		мг	10	70
N05CF	Бензодиазепиноподобные средства		0,01			
		Зопиклон		мг	15	75
		Золпидем		мг	10	50
N06BC	Производные ксантина		0,1			
		Кофеин		мг	1000	5000
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты		0,7			
		Гопантенная кислота		мг	3000	42000
		Деанола ацеглумат		мг	2000	28000
		Никотиноил гамма-аминомасляная кислота		мг	80	1120
		Ацетилкарнитин		мг	1500	15000
		Идебенон		мг	90	900
		Глицин		мг	1000	14000
		Винпоцетин		мг	30	300
		Пирацетам		мг	1200	16800
		N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон		мг	300	4200
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости		0,8			
		Метадоксин		мг	900	9000
N07XX	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы		0,8			
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат		мг	300	3000
V03AB	Антидоты		0,5			
		Натрия тиосульфат		мг	3000	9000
		Налоксон		мг	10	10
		Димеркаптопропансульфонат натрия		мг	100	500
		Флумазенил		мг	1	1
V03AX	Прочие лечебные средства		0,01			
		Диметилксобутилфосфонилдиметилат		мл	45	450
V06DE	Аминокислоты, углеводы, минеральные вещества, витамины в комбинации		0,3			
		Аминокислоты для парентерального питания + прочие препараты		мл	500	5000
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы		0,9			
		Вода		мл	5	70

**СТАНДАРТ № 126н**  
**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХОТИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ,**  
**ВЫЗВАННОМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Фаза: обострение

Стадия: любая

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: стационарно

Форма оказания медицинской помощи: экстренная, неотложная, плановая

Средние сроки лечения (количество дней): 30

Нозологические единицы

F10.6 Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя

F11.6 Амнестический синдром, вызванный употреблением опиоидов

F12.6 Амнестический синдром, вызванный употреблением каннабиоидов

F13.6 Амнестический синдром, вызванный употреблением седативных или снотворных веществ

F14.6 Амнестический синдром, вызванный употреблением кокаина

F15.6 Амнестический синдром, вызванный употреблением кокаина, других стимуляторов, включая кофеин

F16.6 Амнестический синдром, вызванный употреблением галлюциногенов

F18.6 Амнестический синдром, вызванный употреблением летучих растворителей

F19.6 Амнестический синдром, вызванный одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

**СТАНДАРТ № 129н**  
**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ,**  
**ВЫЗВАННОЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Фаза: обострение

Стадия: любая

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: в дневном стационаре, стационарно

Форма оказания медицинской помощи: экстренная, неотложная

Средние сроки лечения (количество дней): 5

Нозологические единицы

F10.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя

F11.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов

F12.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиоидов

F13.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных веществ

F14.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина

F15.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов, включая кофеин

F16.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов

F18.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей

F19.0 Острая интоксикация, вызванная одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ.

**СТАНДАРТ № 131н**  
**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАГУБНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ**  
**ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Фаза: обострение

Стадия: любая

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: в дневном стационаре, стационарно

Форма оказания медицинской помощи: экстренная, неотложная, плановая

Средние сроки лечения (количество дней): 10

Нозологические единицы

F10.1 Пагубное употребление алкоголя

F11.1 Пагубное употребление опиоидов

F12.1 Пагубное употребление каннабиоидов

F13.1 Пагубное употребление седативных или снотворных веществ

F14.1 Пагубное употребление кокаина

F15.1 Пагубное употребление других стимуляторов, включая кофеин

F16.1 Пагубное употребление галлюциногенов

F18.1 Пагубное употребление летучих растворителей

F19.1 Пагубное одновременное употребление нескольких наркотических средств и других психоактивных веществ.

**СТАНДАРТ № 135н**  
**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АБСТИНЕНТНОМ СОСТОЯНИИ,**  
**ВЫЗВАННОМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Фаза: обострение

Стадия: любая

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: в дневном стационаре, стационарно

Форма оказания медицинской помощи: экстренная, неотложная, плановая

Средние сроки лечения (количество дней): 10

Нозологические единицы

F10.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением алкоголя

F11.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением опиоидов

F12.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением каннабиоидов

F13.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ

F14.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением кокаина

F15.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин

F16.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением галлюциногенов

F18.3 Абстинентное состояние, вызванное употреблением летучих растворителей

F19.3 Абстинентное состояние, вызванное одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ.



**Распределение по АТС классификации лекарственных средств, применяемых при инфузионно-детоксикационной терапии согласно стандартам специализированной медицинской помощи при неотложных состояниях, вызванных употреблением психоактивных веществ**

№ пп	Лекарственные средства (МНН)	Стандарт 125н	Стандарт 126н	Стандарт 129н	Стандарт 131н	Стандарт 135н
<b>А. Препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ</b>						
1	Адеметионин (гептрал) инъекции	+	+	+	+	+
2	Аскорбиновая кислота (витамин С) инъекции	+	+	+	+	+
3	Глутаминовая кислота инъекции	+	+	+	+	+
4	Дротаверин инъекции	+	+	+	+	+
5	Карнитин (подобно витамину В) инъекции	+	+	+	+	+
6	Кокарбоксилаза инъекции	+	+	+	+	+
7	Левокарнитин (подобно витамину В) инъекции	+	+	+	+	+
8	Орнитин инъекции	+	+	+	+	+
9	Папаверин инъекции	+	+	+	+	+
10	Пиридоксин (витамин В6) инъекции	+	+	+	+	+
11	Платифиллин инъекции	+	+	+	+	+
12	Рибофлавин (витамин В2) инъекции	+	+	+	+	+
13	Тиамин (витамин В1) инъекции	+	+	+	+	+
14	Тиоктовая кислота инъекции	+	+	+	+	+
<b>В. Кроветворение и кровь</b>						
15	Аминокислоты для парентерального питания + прочие препараты инфузии	+	+	+	+	+
16	Апротинин (гордокс) инъекции	+	+	-	+	+
17	Гидроксиэтилкрахмал (инфукол) инфузии	+	+	+	+	+
18	Декстран инфузии	+	+	+	+	+

Продолжение таблицы Б.9

19	Декстроза (глюкоза) инфузии, инъекции	+	+	+	+	+
20	Калия хлорид инъекции	+	+	+	+	+
21	Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид (ацесоль) инфузии	+	+	+	+	+
22	Кальция хлорид инъекции	+	+	+	+	+
23	Магния сульфат инъекции	+	+	+	+	+
24	Натрия хлорид инфузии	+	+	+	+	+
25	Стерофундин изотонический инфузии	+	+	+	+	+
26	Фолиевая кислота (витамин В9) инъекции	+	+	+	+	+
	<b>С. Препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы (в том числе диуретики)</b>					
27	Атенолол инъекции	+	+	+	+	+
28	Калия и магния аспарагинат инъекции	-	+	+	-	-
29	Клонидин (клофелин) инъекции	-	-	-	-	+
30	Пентоксифиллин (трентал) инъекции	+	+	+	+	+
31	Пропранолол (анаприлин) инъекции	+	+	+	+	+
32	Фуросемид инъекции	+	+	+	+	+
	<b>Н. Гормональные препараты для системного использования</b>					
33	Гидрокортизон инъекции	+	+	+	-	+
34	Преднизолон инъекции	+	+	+	-	+
	<b>М. Костно-мышечная система</b>					
35	Диклофенак инъекции	+	+	-	-	+
36	Индометацин инъекции	+	+	-	-	+
37	Лорноксикам инъекции	-	-	-	-	+
	<b>Н. Препараты для лечения заболеваний нервной системы</b>					
38	Амантадин (мидантан) инфузии	-	-	-	-	+
39	Бипериден (акинетон) инъекции	-	-	-	-	+
40	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) инъекции	+	+	+	+	+
41	Вальпроевая кислота (конвулекс) инъекции	+	+	-	-	+
42	Винпоцетин инъекции	+	+	+	+	+
43	Галоперидол инъекции	+	+	+	-	+
44	Диазепам (реланиум) инъекции	+	+	+	+	+

## Продолжение таблицы Б.9

45	Дроперидол инъекции	+	+	+	-	+
46	Зуклопентиксол инъекции	+	+	+	-	+
47	Имипрамин инъекции	-	-	-	+	+
48	Кломипрамин инъекции	-	-	-	+	+
49	Кофеин инъекции	+	+	+	+	+
50	Левомепромазин (тизерцин) инъекции	+	+	+	-	+
51	Метадоксин инъекции	+	+	+	+	+
52	Мидазолам инъекции	+	+	+	+	+
53	Никотиноил гамма-аминомасляная кислота инъекции	+	+	+	+	+
54	Пирацетам инъекции	+	+	+	+	+
55	Сульпирид инъекции	-	+	-	-	+
56	Тиопентал натрия инъекции	+	+	+	-	+
57	Трамадол инъекции	-	-	-	-	+
58	Фенобарбитал инъекции	+	+	+	-	+
59	Флупентиксол масляные инъекции	-	+	-	-	+
60	Флуфеназин (фторфеназин) инъекции	-	+	-	-	+
61	Хлорпромазин (аминазин) инъекции	+	+	+	-	+
62	Хлорпротиксен инъекции	+	+	+	-	+
63	Этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол) инъекции	+	+	+	+	+
	<b>Р. Дыхательная система (в том числе антигистаминные препараты)</b>					
64	Дифенгидрамин (димедрол) инъекции	-	-	+	+	+
65	Прометазин (пипольфен) инъекции	-	-	+	+	+
66	Хлоропирамин (супрастин) инъекции	-	-	+	+	+
	<b>У. Прочие препараты (в том числе при отравлении)</b>					
67	Димеркаптопропан сульфонат натрия (унитиол) инъекции	+	+	+	+	+
68	Налоксон инъекции	+	+	+	+	+
69	Натрия тиосульфат инъекции	+	+	+	+	+
70	Флумазенил инъекции	+	+	+	+	+

**Варианты назначений при инфузионно-детоксикационной терапии, применяемые в отделениях реанимации наркологических клиник Республики Татарстан (схемы лечения)**

№ пп	Лекарственные средства (МНН) и их дозы	Группа АТС
<b>Схема 1</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
1	Калия хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид (ацесоль) 400,0x1раз	В
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
2	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0x2раза	В
3	Гидроксиэтилкрахмал (инфукол) 6%-500,0x4раза	В
<b>Детоксикация</b>		
4	Натрия тиосульфат 30%-10,0x1раз	V
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
5	Пиридоксин 5%-1,0x2раза (вит. В6)	А
6	Тиамин 5%-1,0x2раза (вит. В1)	А
<b>Симптоматическое лечение</b>		
7	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) 0,1%-1,0x2раза	N
8	Этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол) 5%-2,0 x2раза	N
<b>Схема 2</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
-		
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
1	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0x1 раз	В
2	Натрия хлорид 0,9%-400,0x1раз	В
<b>Детоксикация</b>		
3	Натрия тиосульфат 30%-10,0x1раз	V
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
4	Аскорбиновая кислота 5%-2,0x2раза	А
5	Магния сульфат 25%-5,0x1раз	В
6	Пиридоксин 5%-1,0x2раза (вит. В6)	А

Таблица Б.10 (продолжение)

7	Тиамин 5%-1,0x2раза (вит. В1)	А
<b>Симптоматическое лечение</b>		
8	Глицирризиновая кислота+Фосфолипиды (фосфоглив) 2,5г-10,0(р-ль)x2раза	А
9	Калия и магния аспаргинат (аспаркам) 5,0x2раза	С
<b>Схема 3</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
-		
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
1	Декстран 40–200,0 (реополиглюкин) 10%-200,0x1раз	В
2	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0x1раз	В
<b>Детоксикация</b>		
-		
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
3	Пиридоксин 5%-1,0x2раза (вит. В6)	А
4	Тиамин 5%-1,0x2раза (вит. В1)	А
<b>Симптоматическое лечение</b>		
5	Глицирризиновая кислота+Фосфолипиды (фосфоглив) 2,5г-10,0(р-ль)x2раза	А
6	Рибофлавин+Инозин+Никотинамид+ Янтарная кислота (цитофлавин 10)x1раз	А
<b>Схема 4</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
1	Калия хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид (ацесоль) 200,0x1раз	В
2	Меглюмина натрия сукцинат (реамберин) 1,5%-200,0x1раз	В
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
-		
<b>Детоксикация</b>		
3	Натрия тиосульфат 30%-10,0x1раз	В
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
4	Пиридоксин 5%-1,0x2раза (вит. В6)	А
5	Тиамин 5%-1,0x2раза (вит. В1)	А

Таблица Б.10 (продолжение)

<b>Симптоматическое лечение</b>		
6	Глицирризиновая кислота+Фосфолипиды (фосфоглив) 2,5г-10,0(р-ль)х2раза	A
<b>Схема 5</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
1	Меглюмина натрия сукцинат (реамберин) 1,5%-200,0 х2раза	B
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
2	Декстроза (глюкоза) 40% - 10,0х2раза	B
3	Натрия хлорид 0,9%-400,0х1раз	B
<b>Детоксикация</b>		
-		
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
4	Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза	A
5	Магния сульфат 25%-5,0х2 раза	B
6	Пиридоксин 5%-1,0х2 раза (вит. B6)	A
7	Тиамин 5%-1,0х2раза (вит. B1)	A
<b>Симптоматическое лечение</b>		
8	Диазепам 0,5%-2,0х1раз	N
9	Калия и магния аспаргинат (аспаркам) 5,0х2раза	C
10	Пирацетам 20%-5,0х2раза	N
<b>Схема 6</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
-		
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
1	Декстран 40–200,0 (реополиглюкин) 10%-200,0х1раз	B
2	Декстроза (глюкоза) 40% - 10,0х2раза	B
3	Натрия хлорид 0,9%-400,0х1раз	B
<b>Детоксикация</b>		
4	Натрия тиосульфат 30%-10,0х1раз	V
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
5	Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза	A

Таблица Б.10 (продолжение)

6	Аминокислоты для парентерального питания+прочие препараты (аминоплазмаль) 500,0х1раз	В
<b>Симптоматическое лечение</b>		
7	Пирацетам 20%-5,0х2раза	Н
<b>Схема 7</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
1	Калия хлорид 4%-10,0х1раз	В
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
2	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0х1раз	В
3	Натрия хлорид 0,9%-200,0х2раза	В
<b>Детоксикация</b>		
-		
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
4	Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза	А
5	Тиамин 5%-1,0х2раза (вит. В1)	А
6	Магния сульфат 25%-5,0х2 раза	В
<b>Симптоматическое лечение</b>		
7	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) 0,1%-1,0х2 раза	Н
8	Дифенгидрамин (димедрол) 1%-1,0х1раз	Р
<b>Схема 8</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
1	Меглюмина натрия сукцинат (реамберин) 1,5%-200,0х2раза	В
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
2	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0х1раз	В
3	Натрия хлорид 0,9%-200,0х1раз	В
<b>Детоксикация</b>		
-		
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
4	Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза	А
<b>Симптоматическое лечение</b>		
5	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) 0,1%-1,0х2 раза	Н

Таблица Б.10 (продолжение)

6	Дифенгидрамин (димедрол) 1%-1,0x1раз	R
7	Пирацетам 20%-5,0x2раза	N
<b>Схема 9</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
1	Калия хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид (ацесоль) 400,0x1раз	B
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
2	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0x1раз	B
3	Натрия хлорид 0,9%-200,0x1раз	B
<b>Детоксикация</b>		
-		
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
4	Аскорбиновая кислота 5%-2,0x2раза	A
<b>Симптоматическое лечение</b>		
5	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) 0,1%-1,0x2раза	N
6	Дифенгидрамин (димедрол) 1%-1,0x1раз	R
7	Пирацетам 20%-5,0x2раза	N
<b>Схема 10</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
-		
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
1	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0x1раз	B
2	Натрия хлорид 0,9%-200,0x2раза	B
<b>Детоксикация</b>		
-		
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
3	Аскорбиновая кислота 5%-2,0x2раза	A
<b>Симптоматическое лечение</b>		
4	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) 0,1%-1,0x2раза	N
5	Дифенгидрамин (димедрол) 1%-1,0x1раз	R
6	Рибофлавин+Инозин+Никотинамид+ Янтарная кислота (цитофлавин 10)x1раз	A



Таблица Б.10 (продолжение)

<b>Схема 11</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
-		
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
1	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0х1раз	B
2	Натрия хлорид 0,9%-200,0х2раза	B
<b>Детоксикация</b>		
-		
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
3	Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза	A
<b>Симптоматическое лечение</b>		
4	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) 0,1%-1,0х2раза	N
5	Винпоцетин 0,5%-2,0х2раза	N
6	Дифенгидрамин (димедрол) 1%-1,0х1раз	R
<b>Схема 12</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
-		
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
1	Декстроза (глюкоза) 40% - 10,0х2раза	B
2	Натрия хлорид 0,9%-200,0х2раза	B
<b>Детоксикация</b>		
-		
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
3	Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза	A
4	Магния сульфат 25%-5,0х1раз	B
5	Пиридоксин 5%-1,0х2раза(вит. B6)	A
6	Тиамин 5%-1,0х2раза (вит. B1)	A
<b>Симптоматическое лечение</b>		
7	Диазепам 0,5%-2,0х1раз	N
8	Дифенгидрамин (димедрол) 1%-1,0х2раза	R

Таблица Б.10 (продолжение)

9	Тиоктовая кислота (Октолипен) конц д/инф (амп) 300мг-10,0х2раза	A
<b>Схема 13</b>		
<b>Нормализация водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия крови</b>		
1	Калия хлорид 4%-10,0х1раз	B
<b>Нормализация гемодинамики крови, борьба с метаболическим ацидозом и противошоковая терапия</b>		
2	Декстроза (глюкоза) 5%-200,0х2раза	B
3	Натрия хлорид 0,9%-200,0х2раза	B
<b>Детоксикация</b>		
4	Натрия тиосульфат 30%-10,0х1раз	V
<b>Восполнение микроэлементного и витаминного баланса. Парентеральное питание</b>		
5	Аскорбиновая кислота 5%-2,0х2раза	A
6	Магния сульфат 25%-5,0х1раз	B
7	Пиридоксин 5%-1,0х2раза (вит. B6)	A
8	Тиамин 5%-1,0х2раза (вит. B1)	A
<b>Симптоматическое лечение</b>		
9	Дифенгидрамин (димедрол) 1%-1,0х1раз	R
10	Тиоктовая кислота (Октолипен) конц д/инф (амп) 300мг-10,0х2 раза	A
11	Трамадол 5%-2,0х2раза	N

**Распределение согласно АТС классификации лекарственных средств,  
применяемых при инфузионно-детоксикационной терапии  
в отделениях реанимации наркологических клиник Республики Татарстан**

№ пп	Лекарственные препараты (МНН) для внутривенного введения и их дозы	Схема ИДТ												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>А. Препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ</b>														
1	Аскорбиновая кислота р-р 5%-2,0х2раза	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2	Глицирризиновая кислота+Фосфолипиды р-р 2,5 г-10,0х2раза	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Пиридоксин р-р 5%-1,0х2раза	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+
4	Рибофлавин+Инозин+Никотинамид+Янтарная кислота р-р 10х1раз	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
5	Тиамин р-р 5%-1,0х2раза	+	+	+	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+
6	Тиоктовая кислота конц д/инф 300мг-10,0х2р	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
<b>В. Кроветворение и кровь</b>														
7	Аминокислоты для парентерального питания р-р 500,0х1раз	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
8	Гидроксиэтилкрахмал р-р 6%-500,0х4 раза	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Декстран 40 р-р 200,0х1раз	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
10	Декстрога (глюкоза) р-р 5%-200,0х1-2раза	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	-	+
11	Декстрога (глюкоза) р-р 40%-10,0х2раза	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-
12	Калия хлорид р-р 4%-10х1раз	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+
13	Калия хлорид+натрия ацетат+натрия хлорид (ацесоль) р-р 400,0х1раз	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
14	Магния сульфат р-р 25%-5,0х1-2 раза	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	+
15	Меглюмина натрия сукцинат р-р 1,5%-200х1-2раза	-	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-
16	Натрия хлорид р-р 0,9%-400,0х1раз	-	+	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-
17	Натрия хлорид р-р 0,9%-200,0х1-2раза	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+

Продолжение таблицы Б.11

<b>С. Препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы (в том числе диуретики)</b>														
18	Калия и магния аспаргинат р-р 5,0 х2раза	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Н. Препараты для лечения заболеваний нервной системы</b>														
19	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин р-р 0,1%-1,0х2раза	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-
20	Винпоцетин р-р 0,5%-2,0х2раза	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
21	Диазепам р-р 0,5%-2,0х1-2раза	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-
22	Пирацетам р-р 20%-5,0х2раза	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-	-	-
23	Трамадол р-р 5%-2,0х2раза	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
24	Этилметилгидроксипиридина сукцинат р-р 5%-2,0 х2раза	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Р. Дыхательная система (в том числе антигистаминные препараты)</b>														
25	Дифенгидрамин р-р 1%-1,0х1-2раза	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+
<b>У. Прочие препараты (в том числе при отравлении)</b>														
26	Натрия тиосульфат р-р 30%-10,0х1раз	+	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+

**ПРИЛОЖЕНИЕ В**

Шкала оценки тяжести состояния пациента реанимации.

Затраты при инфузионно-детоксикационной терапии  
в наркологических клиниках Республики Татарстан.

Анкета для врачей отделения реанимации  
наркологического стационара

## Шкала APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)

Температура (°C) <input type="text" value="0"/>	Среднее артериальное давление (mmHg) <input type="text" value="0"/>	ЧСС в 1 мин. <input type="text" value="0"/>
Частота дыхания в 1 мин. <input type="text" value="0"/>	Если FIO2 >= 0,5 : Градиент (A-a)O2 <input type="text" value="0"/>	Если FIO2 < 0,5 : PaO2 <input type="text" value="0"/>
Только при отсутствии данных КЩС : HCO3 сыворотки (ммоль/л) <input type="text" value="0"/>	Артериальное pH <input type="text" value="0"/>	Натрий сыворотки (ммоль/л) <input type="text" value="0"/>
Калий сыворотки (ммоль/л) <input type="text" value="0"/>	Креатинин сыворотки у больных с ОПН <input type="text" value="0"/>	Креатинин сыворотки больных без ОПН <input type="text" value="0"/>
Гематокрит (%) <input type="text" value="0"/>	Лейкоциты (x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ) <input type="text" value="0"/>	Шкала комы Глазго <input type="text" value="0"/>
Возраст <input type="text" value="0"/>	<b>APACHE II</b> <input type="text" value="0"/> <input type="button" value="Очистить"/>	Хроническая органная недостаточность, иммуно-компромитированные <input type="text" value="0"/>
Предположительный риск смерти <input type="text" value="0"/>	Logit = -3,517+( Apache II) * 0,146 Предположительный риск смерти = $e^{\text{Logit}} / (1 + e^{\text{Logit}})$	

Шкала оценки тяжести состояния пациента / APACHE II										
Ф.И.О. пациента _____					Возраст (полных лет): _____					
Параметр	Верхняя граница отклонений					Нижняя граница отклонений				
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	
1	Ректальная температура, °С	≥ 41	39–40,9		38,5–38,9	36–38,4	34–35,9	32–33,9	30–31,9	≤ 29,9
2	Среднее АД, мм рт. ст. (диаст. АД × 2 + систол. АД)/3	≥ 160	130–159	110–129		70–109		50–69		≤ 49
3	Частота сердечных сокращений	≥ 180	140–179	110–139		70–109		55–69	40–54	≤ 39
4	Частота дыхательных движений (ИВЛ или спонтанное)	≥ 50	35–49		25–34	12–24	10–11	6–9		≤ 5
5	Оксигенация: А – aDO <sub>2</sub> или PaO <sub>2</sub> , мм рт. ст. а) *FiO <sub>2</sub> ≥ 0,5 регистрировать А – aDO <sub>2</sub> **А – aDO <sub>2</sub> = (FiO <sub>2</sub> × 713) – PaCO <sub>2</sub> – PaO <sub>2</sub> б) FiO <sub>2</sub> < 0,5 регистрировать только PaO <sub>2</sub> Только при отсутствии возможности определения газов в артериальной крови определять содержание HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> в венозной крови, ммоль/л	≥ 500	350–499	200–349		< 200				
						> 70	61–70		55–60	< 55
		≥ 52	41–51,9		32–40,9	22–31,9		18–21,9	15–17,9	< 15
6	рН артериальной крови	≥ 7,7	7,6–7,69		7,5–7,59	7,33–7,49		7,25–7,32	7,15–7,24	< 7,15
7	Na, ммоль/л	≥ 180	160–179	155–159	150–154	130–149		120–129	111–119	≤ 110
8	K, ммоль/л	≥ 7	6–6,9		5,5–5,9	3,5–5,4	3–3,4	2,5–2,9		≤ 2,5
9	Креатинин сыворотки, мкмоль/л Оценка удваивается при острой почечной недостаточности	≥ 309	177–308	133–176		53–132		< 53		
10	Гематокрит, %	≥ 60		50–59,9	46–49,9	30–45,9		20–29,9		< 20
11	Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	≥ 40		20–39,9	15–19,9	3–14,9		1–2,9		< 1
12	Оценка комы по шкале Глазго Оценка = 15 – сумма баллов									
	А – общая оценка физиологического состояния (сумма вышеперечисленных 12 пунктов)									
<b>ОБЩАЯ ОЦЕНКА</b> А = _____ баллов В = _____ баллов С = _____ баллов										
А+В+С = _____ баллов (если пациент на ИВЛ, поставьте V рядом с оценкой)							*FiO <sub>2</sub> – содержание O <sub>2</sub> во вдыхаемом воздухе (за 1 принимается 100% содержание O <sub>2</sub> ) **А – aDO <sub>2</sub> – артерио-альвеолярная разница			

**Затраты (руб.) на лекарственные препараты на один день инфузионно-детоксикационной терапии для одного пациента по соответствующей схеме лечения в наркологических клиниках Республики Татарстан**

Лекарственные препараты, МНН	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Аминокислоты 500,0х1раз						374,15							
Аскорбиновая к-та 5%-2,0х2раза		4,56			4,56	4,56	4,56	4,56	4,56	4,56	4,56	4,56	4,56
Бром-бензодиазепин0,1%-1,0х2р.	22,25						22,25	22,25	22,25	22,25	22,25		
Винпоцетин 0,5%-2,0х2раза											7,15		
Гидрокси-крахмал 6%-500х4раза	1773,80												
Глицир-вая к.+Фос-ды2,5г-10х2р		493,46	493,46	493,46									
Декстран 40 - 200,0 х1раз			75,30			75,30							
Декстроза5% - 200,0х1-2раза	47,56	23,78	23,78				23,78	23,78	23,78	23,78	23,78		47,56
Декстроза 40% - 10,0х2раза					5,83	5,83						5,83	
Диазепам 0,5%-2,0х1-2раза					4,57							4,57	
Дифенгидрамин 1%-1,0х1-2раза							1,30	1,30	1,30	1,30	1,30	2,60	1,30
Инозин+Ник+Риб+Янт. к.10х1р.			91,15							91,15			
Калия хлорид 4%-10,0х1раз							3,73						3,73
Калиямагн аспаргинат 5,0 х2раза		8,56			8,56								
Калия хл.+натр ац.+натр хл. х1р	23,76			23,76					23,76				
Магния сульфат 25%-5,0х1-2 р		2,21			4,41		4,41					2,21	2,21
Меглюминнатрсукц1,5%-200х2р				115,13	230,26			230,26					
Натрия тиосульфат 30%-10х1раз	5,86	5,86		5,86		5,86							5,86
Натрия хлорид 0,9%-400,0х1раз		32,03			32,03	32,03							
Натрия хлорид 0,9%-200,0х2раза							55,00	27,50	27,50	55,00	55,00	55,00	55,00
Пирацетам 20%-5,0х2раза					5,17	5,17		5,17	5,17				
Тиамин 5%-1,0х2раза (вит.В1)	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77		3,77					3,77	3,77
Тиоктовая к. инф.300мг-10х2раза												57,68	57,68
Пиридоксин 5%-1,0х2раза	4,26	4,26	4,26	4,26	4,26							4,26	4,26
Трамадол 5%-2,0х2раза													23,19
Этилмет-пиридина сукц5%-2х2р	73,56												
ИТОГО	1954,82	578,49	691,72	646,24	303,42	502,90	118,80	314,82	108,32	198,04	114,04	140,48	209,12



## Приложение В, таблица В.4

**Затраты (руб.) на расходные медицинские материалы на один день инфузионно-детоксикационной терапии для одного пациента по соответствующей схеме лечения в наркологических клиниках Республики Татарстан**

Лекарственные препараты, МНН	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Аминокислоты 500,0x1раз						27,61							
Аскорбиновая к-та 5%-2,0x2раза		37,08			37,08	37,08	37,08	37,08	37,08	37,08	37,08	37,08	37,08
Бром-бензодиазепин0,1%-1,0x2р.	37,08						37,08	37,08	37,08	37,08	37,08		
Винпоцетин 0,5%-2,0x2раза											37,08		
Гидрокси-крахмал 6%-500x4раза	110,44												
Глицир-вая к.+Фос-ды2,5г-10x2р		37,92	37,92	37,92									
Декстран 40 - 200,0 x1раз			27,61			27,61							
Декстроза5% - 200,0x1-2раза	55,22	27,61	27,61				27,61	27,61	27,61	27,61	27,61		55,22
Декстроза 40% - 10,0x2раза					47,92	47,92						47,92	
Диазепам 0,5%-2,0x1-2раза					18,54							18,54	
Дифенгидрамин 1%-1,0x1-2раза							18,54	18,54	18,54	18,54	18,54	37,08	18,54
Инозин+Ник+Риб+Янт. к.10x1р.			23,96							23,96			
Калия хлорид 4%-10,0x1раз							23,96						23,96
Калия магн аспаргинат 5,0 x2раза		37,08			37,08								
Калия хл.+натр ац.+натр хл. x1р	27,61			27,61					27,61				
Магния сульфат 25%-5,0x1-2 р		18,96			37,92		37,92					18,96	18,96
Меглюминнатрсукц1,5%-200x2р				27,61	55,22			55,22					
Натрия тиосульфат 30%-10x1раз	23,54	23,54		23,54		23,54							23,54
Натрия хлорид 0,9%-400,0x1раз		27,61			27,61	27,61							
Натрия хлорид 0,9%-200,0x2раза							55,22	27,61	27,61	55,22	55,22	55,22	55,22
Пирацетам 20%-5,0x2раза					37,08	37,08		37,08	37,08				
Тиамин 5%-1,0x2раза (вит.В1)	37,08	37,08	37,08	37,08	37,08		37,08					37,08	37,08
Тиоктовая к. инф.300мг-10x2раза												55,22	55,22
Пиридоксин 5%-1,0x2раза	37,08	37,08	37,08	37,08	37,08							37,08	37,08
Трамадол 5%-2,0x2раза													37,08
Этилмет-пиридина сукц5%-2x2р	37,08												
ИТОГО	365,13	283,96	191,26	190,84	372,61	228,45	274,49	240,22	212,61	199,49	212,61	344,18	398,98

## Анкета для врачей наркологов

Анкета предназначена для проведения экспертной оценки препаратов, применяемых при детоксикационной терапии отравлений психоактивными веществами (ПАВ) с целью комплексной оценки потребительских свойств.

### *Уважаемый коллега!*

С целью оптимизации системы лекарственного обеспечения наркологического стационара на региональном уровне проводятся маркетинговые исследования препаратов, применяемых при детоксикационной терапии отравлений ПАВ. Нам очень ценно и важно Ваше мнение как квалифицированного специалиста по этой проблеме.

Позвольте дать Вам инструкции по заполнению анкет.

#### **В блоке №1 анкеты указывается:**

1. Пол \_\_\_\_\_
2. Возраст \_\_\_\_\_
3. Стаж работы общий (по специальности) \_\_\_\_\_
4. Лечебное учреждение - нарк. кабинет / больница / диспансер  
(нужное подчеркнуть)
5. Должность - врач / зав. нарк. каб. / зав. отделением / зам. гл. врача / глав. врач  
(нужное подчеркнуть)
6. Ученая степень \_\_\_\_\_

#### **В блоке №2 анкеты указывается:**

Дайте, пожалуйста, комплексную оценку потребительских свойств ЛПДТ по четырехбалльной шкале:

- 4 балла - эффективный ЛП в рациональной лекарственной форме и дозировке, нет побочных эффектов и противопоказаний, цена доступна;
- 3 балла – эффективный ЛП в рациональной лекарственной форме и дозировке, нет побочных эффектов и противопоказаний, цена очень высокая для бюджетных клиник;
- 2 балла – эффективный ЛП в рациональной лекарственной форме и дозировке, есть незначительные побочные эффекты;
- 1 балл – неэффективный ЛП, может быть исключён из медицинского применения, побочные эффекты опасны для здоровья пациента.

## Продолжение таблицы В.5

№ п/п	Наименование препарата, форма выпуска и дозировка	Комплексная оценка потребительских свойств				
		Терапевтическая эффективность	Наличие побочных эффектов	Противопоказания	Рациональность лекарственной формы и дозировки	Ценовая доступность
1	2	3	4	5	6	7
<b>I. Плазмозамещающие и дезинтоксикационные средства</b>						
1	Натрия хлорид р-р д/инф. изот. 0,9% - 400,0фл.					
2	Глюкоза р-р д/ин. 10% - 200, фл.					
3	Глюкоза р-р д/инф. 40% - 10,0, амп.					
4	Реополиглюкин р-р д/инф. 10% - 400,0, фл.					
5	Полиглюкин р-р д/инф. 6% - 400,0, фл.					
6	Ацесоль р-р д/инф. - 400,0, фл.					
7	Дисоль р-р д/инф. - 400,0, фл.					
8	Полифер р-р д/инф. 400,0, фл.					
9	Гемодез Н р-р д/инф. - 250,0, фл.					
10	Реоглюман р-р д/инф. - 400,0, фл.					
11	Хлосоль р-р д/инф. - 400,0, фл.					
12	Трисоль р-р д/инф. - 400,0, фл.					
13	Квартасоль р-р д/инф. - 250,0, ёмк. п/э.					
14	Рондекс р-р д/инф. - 400,0, фл.					
15	Раствор Рингера р-р д/инф. - 250,0, ёмк. п/э.					
16	Желатиноль р-р д/инф. - 450,0, фл.					
<b>II. Витамины</b>						
1	Аскорбиновая кислота р-р д/инъек. 10%-1,0, амп.					
2	Пиридоксина г/х р-р д/инъек. 1%,-1,0, амп.					
3	Тиамин хлорид р-р д/инъек. 5%-1,0, амп.					
4	Цианокобаламин р-р д/инъек. 200,0 мкг-1,0, амп.					
5	Викасол р-р в/м введ. 1%-1,0, амп.					
6	Кокарбоксилазы г/х лиоф. пор. приг. р-ра для ин. 50 мг, амп.					

1	2	3	4	5	6	7
7	Токоферола ацетат (Витамин Е) р-р д/инъек. 10%-1,0, амп.					
8	Никотиновой кислоты р-р д/инъек. 1%-1,0, амп.					
<b>III. Препараты для коррекции кислотно-основного баланса</b>						
1	Натрия гидрокарбонат р-р д/инф. - 200,0, фл.					
2	Калия хлорид р-р д/инъек. 4%-10,0, амп.					
3	Кальция хлорид р-р в/в введ. 10%- 10,0, амп.					
4	Магния сульфат р-р д/инъек. 25%- 10,0, амп.					
5	Кальция глюконат р-р в/в введ. 10%-5,0, амп.					
<b>IV. Спазмолитики</b>						
1	Эуфиллин р-р д/инъек. 2%- 5,0 амп.					
2	Но-шпа р-р д/инъек. 40 мг-2,0, амп.					
3	Папаверина г/х р-р д/инъек. 2%-2,0, амп.					
4	Дибазол р-р д/инъек. 1% - 2,0, амп.					
5	Пентоксифиллин р-р д/инъек. 2%-5,0, амп.					
<b>V. Диуретики</b>						
1	Лазикс р-р д/инъек. 20 мг-2,0, амп.					
2	Верошпирон таб. 25 мг, 20 шт.					
3	Фуросемид р-р д/инъек. 1%-2,0, амп.					
<b>VI. Аналептики и психостимуляторы</b>						
1	Кофеин-бензоат натрия р-р д/инъек. 10%-2,0, амп.					
2	Кордиамин р-р д/инъек. 25%-2,0, амп.					
3	Сульфокамфокаин р-р д/инъек. 10%-2,0, амп.					
<b>VII. Гормоны</b>						
1	Инсулин бетасинт ленте Е40-С сусп. д/ин. 40 МЕ/мл-10,0, фл.					
2	Инсулин Максирапид ВО-С р-р д/ин. 400 МЕ-10,0, фл.					
3	Инсулин С р-р д/ин. 40 МЕ/мл-10,0, фл.					
4	Химулин р-р д/ин. 100 МЕ/мл-10,0, фл.					
5	Инсулин Монотард р-р д/ин. 40 МЕ/мл-10,0, фл.					

## Продолжение таблицы В.5

1	2	3	4	5	6	7
6	Актрапид НМ р-р д/ин. 100 МЕ/мл-10,0, фл.					
7	Протафан р-р д/ин. 100 МЕ/мл-10,0, фл.					
8	Актрапид 100 МЕ р-р д/ин. 100 МЕ/мл-10,0, фл.					
9	Хумалог р-р д/ин. 100 МЕ/мл-10,0, фл.					
10	Преднизолон р-р д/ин. 30 мг/мл-1,0, амп.					
<b>VIII. Препараты, стимулирующие метаболические процессы</b>						
1	Рибоксин р-р д/инъек. 2%-10,0, амп.					
2	Актовегин р-р д/инф. с NaCl 20%-250,0, фл.					
3	АТФ р-р д/инъек. 1%-1,0, амп.					
<b>IX. Ноотропы</b>						
1	Кавинтон р-р /инъек. 10 мг/мл-2,0, амп.					
2	Пирацетам р-р д/инъек. 20%-5,0, амп.					
3	Ноотропил р-р д/инъек. 20%-15,0, амп.					
4	Пикамелон р-р д/инъек. 10%-2,0, амп.					
<b>X. Сердечные гликозиды</b>						
1	Дигоксин р-р д/инъек. 0,025%-1,0, амп.					
<b>XI. Гепатопротекторы</b>						
1	Эссенциале р-р д/инъек. 5,0, амп.					
2	Карсил др. 35 мг, капс. 100 мг					
<b>XII. Антидоты</b>						
1	Унитиол р-р в/м и п/к введения 5%-5,0, амп.					
2	Натрия тиосульфат р-р д/инъек. 30%-5,0, амп.					
<b>XIII. Коронарорасширяющие</b>						
1	Эналаприл таб. 10 мг-5 шт.					
2	Веропамил таб. п/о 80 мг-10 шт.					
3	Нитроглицерин таб. 0,5 мг-40 шт.					
4	Клофилин таб. 0,15 мг-50 шт.					
5	Изосорбид динитрат капс. 0,01 г-50 шт.					

## Продолжение таблицы В.5

1	2	3	4	5	6	7
<b>XIV. Нейролептики</b>						
1	Эглонил р-р д/инъек. 100 мг-2,0, амп.					
2	Аминазин р-р д/инъек. 2,5%-2,0, амп.					
3	Дроперидол р-р д/инъек. 0,25%-2,0, амп.					
4	Тизерцин р-р д/инъек. 25 мг/мл-1,0, амп.					
<b>XV. Транквилизаторы</b>						
1	Сибазон р-р д/инъек. 0,5%-2,0, амп.					
2	Реланиум р-р д/инъек. 10 мг-2,0, амп.					
3	Седуксен р-р д/инъек. 10 мг-2,0, амп.					
<b>XVI. Антибиотики</b>						
1	Бензилпенициллина натриевая соль р-р д/инъек. 500 000 ЕД-фл.					
2	Гентамицина сульфат р-р д/инъек. 4%-2,0, амп.					
3	Гентамицин Ферейн р-р д/инъек. 4%-2,0, амп.					
4	Гентамицин К р-р д/инъек. 40 мг-1,0, амп.					
5	Оксациллин натриевая соль р-р д/инъек. 250 мг, фл.					
6	Ампициллин натриевая соль р-р д/инъек. 250 мг-10,0 фл.					
7	Цефамизин р-р д/инъек. 0,5 г-10,0 фл.					
<b>XVII. Противорвотные</b>						
1	Метоклопромид р-р д/инъек. 5 мг/мл-2,0, амп.					
2	Церукал р-р д/инъек. 10 мг/мл-2,0, амп.					
<b>XVIII. Периферические холиноблокаторы</b>						
1	Атропина сульфат р-р д/инъек. 0,1%-1,0, амп.					
<b>XIX. Дофаминолитики</b>						
1	Дофамин р-р д/инъек. 1%-5,0, амп.					
<b>XX. Антикоагулянты</b>						
1	Гепарин натрий р-р д/инъек. 25 000 МЕ-5,0, фл.					
<b>XXI. Ангиопротекторы</b>						
1	Этамзил натрия р-р д/инъек. 12,5%-2,0, амп.					
<b>XXII. Антифибринолитики</b>						
1	Аминокапроновой к-ты р-р д/инф. 5%-100,0, фл.					



### АНКЕТА ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Анкета предназначена для проведения экспертной оценки схем инфузионно-детоксикационной терапии отравлений психоактивными веществами в отделении реанимации наркологического стационара.

#### *Уважаемый коллега!*

С целью оптимизации лекарственного обеспечения наркологических стационаров Республики Татарстан проводятся исследования схем инфузионно-детоксикационной терапии отравлений психоактивными веществами. Нам очень ценно и важно Ваше мнение как квалифицированного специалиста по этой проблеме.

Позвольте дать Вам инструкции по заполнению анкет. В части I необходимо заполнить общие данные о респонденте.

#### I часть

1. Возраст \_\_\_\_\_
2. Стаж работы в медицине \_\_\_\_\_
3. Стаж работы в наркологии \_\_\_\_\_
4. Должность \_\_\_\_\_
5. Квалификационная категории \_\_\_\_\_
6. Ученая степень \_\_\_\_\_

#### II часть

Выскажите, пожалуйста, Ваше мнение, используя знаки «+» или «-».

1. Укажите источники получения информации о схемах инфузионно-детоксикационной терапии отравлений психоактивными веществами с указанием степени их влияния на оценку по четырехбалльной шкале:

медицинская литература \_\_\_\_\_  
 практический опыт \_\_\_\_\_  
 информация получена от коллег \_\_\_\_\_  
 на курсах повышения квалификации \_\_\_\_\_

2. Доступна ли такая информация:

да \_\_\_\_\_  
 нет \_\_\_\_\_

3. Отношение к новым схемам инфузионно-детоксикационной терапии:

положительное \_\_\_\_\_  
 отрицательное \_\_\_\_\_

4. Факторы, влияющие на выбор схемы инфузионно-детоксикационной терапии:

эффективность \_\_\_\_\_  
 стадия заболевания и тяжесть течения заболевания \_\_\_\_\_  
 наличие сопутствующей патологии \_\_\_\_\_  
 традиционность применения в стандартных схемах \_\_\_\_\_  
 ассортимент ЛП в стационаре \_\_\_\_\_  
 собственный опыт \_\_\_\_\_

5. Нужна ли администрации наркологического стационара информация о затратах на единицу эффективности по критерию «Функция больничной койки» для схем ИДТ с целью экономии бюджетных средств? \_\_\_\_\_

6. Вы хотели бы знать как зависит стоимость лечения от выбранной терапевтической технологии (схемы ИДТ)? \_\_\_\_\_



**III часть**

Рассмотрите предложенные для анализа схемы инфузионно-детоксикационной терапии и дайте комплексную оценку эффективности, частоты назначения и безопасности по четырехбалльной шкале:

- 4 балла – очень эффективная схема, очень часто назначается, нет побочных эффектов;
- 3 балла – эффективная схема, часто назначается, есть незначительные побочные эффекты;
- 2 балла – малоэффективная схема, мало назначается, есть значительные побочные эффекты;
- 1 балл – неэффективная схема, может быть исключена из медицинского применения, побочные эффекты опасны для здоровья пациента.

Схема	Эффективность схемы	Частота назначения	Безопасность
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			