

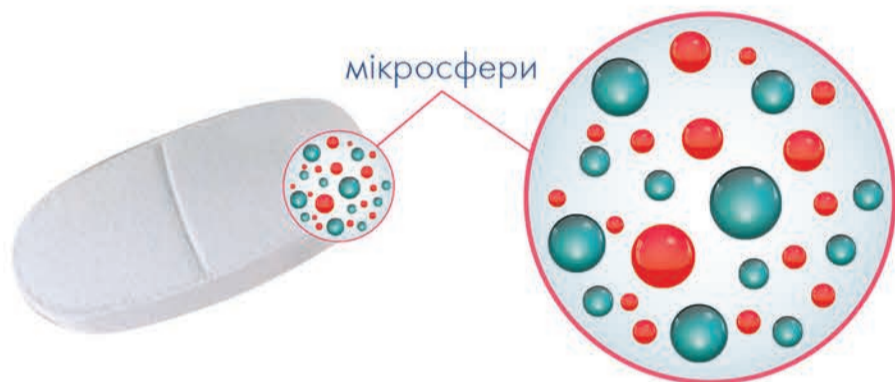


САНДОЗ – світовий лідер у виробництві антибіотиків*



ДИСПЕРГОВАНІ ТАБЛЕТКИ

Особливості лікарської форми:



ЕФЕКТИВНІСТЬ

Висока біодоступність препарату^{1, 2}

БЕЗПЕКА

Мінімізація небажаних реакцій за рахунок максимально повного всмоктування препарату в тонкому кишечнику³

ЗРУЧНІСТЬ ПРИЙОМУ

Можливість розчинити таблетку та вжити у вигляді розчину²

Амоксиклав® Квіктаб

амоксицилін+клавуланова кислота

Оспамокс ДТ

амоксицилін 500мг №12, 1000мг №12



1. HU Guoxin, Journal of Huazhong University of Science and Technol, 22 (3): 224-227, 2002. 2. Інструкція для медичного застосування препарату. 3. І. О. Гучев, Р. С. Козлов. Безпечність і ефективність різних лікарських форм амоксициліну клавуланової кислоти при ІНДШ у дорослих: відкрите проспективне рандомізоване дослідження //Пульмонологія. — 2008. — №2.

*www.sandoz.com

РП МОЗ України: АМОКСИКЛАВ® КВІКТАБ UA/3011/04/02, UA/3011/04/01. РП МОЗ України: ОСПАМОКС ДТ UA/3975/04/01, UA/3975/04/03

Відпускається за рецептом. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я. Лікарські засоби мають побічні реакції. Для докладної інформації дивись інструкцію для медичного застосування препарату. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представнику заявника за адресою або телефоном: вул. Амосова, 12, м. Київ, 03680, тел. +380 (44) 495-28-66. www.sandoz.ua

4-36-АИГ-РЕЦ-1215



SANDOZ
a Novartis company

Повышение частоты тонзиллофарингитов у детей в весенне-летний период

Традиционно заболевания ротоглотки принято ассоциировать со снежной и дождливой погодой. Тем не менее многие педиатры, отоларингологи и семейные врачи отмечают высокую заболеваемость тонзиллофарингитами даже в, казалось бы, благополучный весенне-летний период. Более того, течение заболевания в теплое время года отличается рядом особенностей, среди которых наиболее неприятными являются недостаточный ответ на проводимую антибактериальную терапию (АБТ), а также высокий риск развития грозных осложнений инфекционного (паратонзиллярные абсцессы, флегмона шеи, бактериальный эндокардит, медиастинит, мастоидит, синдром стрептококкового токсического шока, менингит, некротический фасциит, стрептококковый миозит) и неинфекционного характера (ревматическая лихорадка, острый гломерулонефрит).



им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук Инга Александровна Митюрёва.

— Согласно современному определению, тонзиллофарингит представляет собой острое инфекционное воспаление слизистой оболочки ротоглотки и небных миндалин. Данный термин был внедрен в отечественную практику относительно недавно. Еще 3-5 лет назад врач-интернисты и отоларингологи оперировали более узкими понятиями, такими как фарингит, под которым подразумевали острое воспаление слизистой оболочки глотки, и тонзиллит, характеризующий аналогичные процессы в небных миндалинах. Переход на новую терминологию вызвал много споров; некоторые специалисты до настоящего времени прибегают исключительно к изолированным диагнозам, однако использование термина «острый тонзиллофарингит» на сегодня является целесообразным, так как доказано, что воспаление небных миндалин крайне редко протекает без воспаления задней стенки глотки (и наоборот).

Несмотря на широкое внедрение нового термина в практику педиатров, удобная классификация тонзиллофарингитов еще не разработана. Вместе с тем не теряет актуальности классификация образца 1975 г., предложенная академиком И.Б. Солдатовым, автором классического и чрезвычайно популярного советского учебника по отоларингологии. В соответствии с ней острые тонзиллиты подразделяются на первичные (катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая формы) и вторичные (на фоне дифтерии, скарлатины, туляремии, брюшного тифа). Последние возникают как при острых инфекционных заболеваниях, так и при патологичности системы крови (лейкозы, агранулоцитозы, алиментарно-токсическая алейкия). Хронические формы тонзиллитов могут носить компенсированный либо декомпенсированный характер, в отдельную группу выделяют специфические виды воспаления, связанные с образованием инфекционных гранулем (например, при сифилисе, туберкулезе, склероме).

! Заблуждением является широко распространенное мнение, что дети болеют тонзиллофарингитами преимущественно в осенне-зимний период. Безусловно, пик заболеваемости приходится на конец III — начало IV кварталов. Однако данные ГП «Центр медицинской статистики МЗ Украины» за 2015 г. свидетельствуют о том, что высокая заболеваемость острыми тонзиллитами и фарингитами в г. Киеве фиксируется и во II, и в начале III кварталов, то есть с апреля по август, причем уровень заболеваемости в июле-августе сопоставим с показателями октября-ноября.

Хронические назофарингиты и фарингиты отличаются еще более стабильными уровнями заболеваемости в течение года: показатели с апреля по октябрь примерно одинаковы, уступая лишь ноябрьским значениям. Чем же обусловлена высокая частота заболеваний ротоглотки у детей в весенне-летний период?

Проблеме рационального ведения пациентов детского возраста с тонзиллофарингитом в весенне-летний период был посвящен научно-практический семинар, состоявшийся 24 мая в Киеве. Перед аудиторией практикующих педиатров с докладом «Тонзиллофарингит у детей. Актуальность проблемы в весенне-летний период» выступила профессор кафедры педиатрии № 4 Национального медицинского университета

К факторам, провоцирующим развитие тонзиллофарингитов в теплое время года, относят:

- частые детские инфекции;
- аутоинфекции (воспаление придаточных пазух носа, кариес зубов и др.);
- неблагоприятные санитарно-гигиенические условия;
- нерациональное и/или бесконтрольное питание;
- переохлаждение организма (купания в водоемах);
- перегревание организма и резкое переохлаждение (использование кондиционеров);
- широкое употребление охлажденных продуктов (мороженое) и напитков;
- обострения аллергических процессов после употребления в пищу красных ягод, фруктов, овощей;
- пребывание в детских коллективах (лагерь, санаторий);
- сезонные изменения активности иммунитета.

Так, весной у детей фиксируется минимальное содержание эритроцитов и гемоглобина крови, повышенное количество лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов; отмечается рост фагоцитарной активности нейтрофилов. Кроме того, изменения присущи и иммунным органам. В частности, весной отмечаются максимальная масса вилочковой железы (тимуса) и селезенки, генерализованная гипертрофия лимфоидной ткани, а летом — сниженное количество лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов, повышенное количество лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов, минимальное содержание эритроцитов и гемоглобина (минимум натрия и железа в плазме и эритроцитах), витамина А и рибофлавина, максимальное количество γ -глобулина на фоне уменьшения концентрации общего белка.

Как видим, некоторые повышение активности защитных клеток лейкоцитарного ряда весной сменяется относительной лейкопенией летом, что на фоне воздействия ряда упомянутых выше неблагоприятных факторов создает условия для возникновения локальной иммуносупрессии с последующим развитием острого воспалительного процесса в ротоглотке.

В подавляющем большинстве случаев патологический процесс при острых тонзиллофарингитах вызывается условно-патогенной транзитной микрофлорой, вегетирующей на слизистых оболочках и кожных покровах детей. В нормальных условиях микроорганизмы, обитающие на слизистой оболочке ротоглотки, не способны провоцировать инфекционно-воспалительный процесс. Инвазия в ее глубокие слои с одновременной патогенизацией флоры возможна лишь при развитии дисбиотических нарушений в ротоглотке, являющихся следствием местной иммуносупрессии. Все это проявляется нарушением местного кровообращения, повышением проницаемости сосудистой стенки, снижением уровня нейтрофилов, лимфоцитов, фагоцитирующих клеток, и, как следствие, активации транзитной микрофлоры с постепенным развитием воспаления в тканях небных миндалин и стенке ротоглотки. Возбудителями острого тонзиллофарингита могут быть вирусы (адено-, корона-, риновирусы, респираторно-синцициальный вирус, вирусы Эпштейна-Барр, гриппа, парагриппа, Коксаки, кори, краснухи, простого герпеса, цитомегаловирус), бактерии (β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА), стрептококки групп С, G, коринебактерии, хламидии и др.), простейшие, грибы.

! Практикующим врачам важно помнить о высокой вероятности участия БГСА в воспалительном процессе в ротоглотке, прежде всего — в небных миндалинах. БГСА-обусловленные тонзиллофарингиты опасны в первую очередь развитием ряда серьезных осложнений. Заподозрить участие БГСА в воспалительном процессе помогут наличие экссудата или налета на слизистой оболочке небных миндалин, а также явления регионарного лимфаденита (увеличение и болезненность шейных, подчелюстных лимфатических узлов).

Именно ввиду высокой опасности выделения БГСА тонзиллофарингит требует повышенного внимания педиатра. При подтверждении указанной этиологии адекватная системная АБТ должна стать императивом в лечебной тактике. Хотя, безусловно, не следует забывать, что в случае острых заболеваний ротоглотки необходима комплексная терапия. На сегодня в лечении острых тонзиллофарингитов у детей помимо этиотропных средств могут использоваться противовоспалительные, антигистаминные, иммуномодулирующие препараты, а также медикаменты для местного применения, физиотерапевтические процедуры.

Тем не менее основное место в терапии заболевания бактериальной этиологии должно отводиться антибиотику, соответствующему следующим критериям:

- широкий спектр активности (ввиду эмпирического назначения в подавляющем большинстве случаев);
- способность создавать адекватные концентрации в очаге инфекции (оптимальная фармакокинетика);
- способность к проникновению через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), что актуально в случае осложнений.

Алгоритм выбора оптимального антибиотика (табл.) отражает актуальные украинские и европейские рекомендации, а также данные публикаций авторитетных авторов — Л.С. Страчунского (2007) и F. Tremolieres (2009).

Антибиотиками первой линии в лечении острых тонзиллофарингитов являются β -лактамы. Амоксициллин обладает высокой активностью в отношении ключевых патогенов, провоцирующих воспалительные заболевания ротоглотки (в т.ч. БГСА). Как известно, чувствительность БГСА к амоксициллину сохраняется на уровне 100%. Кроме того, по последним данным (Большот Ю.К., 2016), чувствительность *S. pneumoniae* к незащищенному амоксициллину составляет 94,1%, *H. influenzae* — 99,1%, *H. parainfluenzae* — 100%, *S. aureus* — 88,8%.

Как видим, антибактериальная активность амоксициллина достаточно высока, в связи с чем применение антибиотиков более интенсивного действия в качестве стартовой АБТ острого тонзиллофарингита должно иметь под собой достаточно веские основания. К таким можно отнести: рецидивирующий характер заболевания, применение более сильных антибиотиков в предшествующие 6 мес, наличие аллергических реакций на пенициллин, тяжелые осложнения тонзиллофарингита или сопутствующей бактериальной инфекции. В остальных случаях назначение амоксициллина является адекватной мерой лечения острого тонзиллофарингита. Выбор дозового режима зависит от тяжести заболевания, но должен оставаться в рамках рекомендованного, т.е. 30-60 мг/кг в сутки, разделенные на 2-3 приема. Длительность терапии — не менее 10 дней.

Защищенные амоксициллины могут быть рекомендованы к назначению в качестве стартовой АБТ в таких случаях:

- при использовании амоксициллина в предшествующие 3 мес;
- на фоне затяжного характера заболевания;
- при тяжелом течении тонзиллофарингита.

Оптимальный дозовый режим приема амоксициллина/клавуланата в детской практике — 45 мг/кг в 3 приема. Длительность терапии — не менее 10 дней.

Хотелось привести 2 показательных клинических случая из реальной практики, отражающих тактику назначения АБТ.

Продолжение на стр. 4.

Таблица. Выбор антибиотика при тонзиллофарингитах			
Особенности тонзиллофарингита	Предположительная этиология	Препараты	
		выбора	альтернативные
Острый, экссудативный	<i>S. pyogenes</i> Вирусы <i>C. diphtheriae</i> Вирус Эпштейна-Барр	Амоксициллин (например, Оспамокс®)	Макролид (например, АзитроСандоз®) Линкозамид Бензатина бензилпенициллин Цефалексин Цефадроксил
	Курс терапии препаратами (кроме бензатина бензилпенициллина) должен составлять не менее 10 дней (исключение — азитромицин, который используют не менее 5 дней)		
Рецидивирующий	<i>S. pyogenes</i> <i>N. gonorrhoeae</i>	Защищенный амоксициллин (например, Амоксиклав®) Макролиды (азитромицин) Цефтриаксон	Цефуросим (например, Цефуросим Сандоз®) Линкозамид Цефотаксим

Повышение частоты тонзиллофарингитов у детей в весенне-летний период

Продолжение. Начало на стр. 3.

Клинический случай 1

Девочка Д., 9 лет. Через 2 нед после перенесенного ОРЗ поднялась температура тела до 39,2 °С, появились боль в горле, слабость, озноб, боль при глотании. За 10 дней до этого аналогичные симптомы отмечались в детском лагере еще у одного ребенка.

Анамнез: редкие ОРЗ, ветряная оспа. Аллергологический анамнез не отягощен. В предшествующие полгода антибиотиков не принимала.

Объективно: нарушений со стороны внутренних органов не выявлено. Пальпируются единичные переднешейные лимфатические узлы размером около 8 мм, эластичные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями и между собой, болезненные при пальпации. Задняя стенка глотки рыхлая, ярко гиперемирована; небные миндалины выступают за пределы небных дужек, гипертрофированы, рыхлые, лакуны с обеих сторон содержат жидкий гной желтоватого цвета. После консультации отоларингологом установлен диагноз: острый тонзиллит, лакунарная форма.

Данные лабораторных исследований. Клинический анализ крови: эритроциты – $4,21 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 131 г/л; тромбоциты – $263 \times 10^9/л$; лейкоциты – $12,7 \times 10^9/л$; нейтрофилы – 77%; палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 76%, лимфоциты – 20%, моноциты – 2%, эозинофилы – 1%, токсическая зернистость; СОЭ – 19 мм/ч.

На этиологическую роль БГСА указывают следующие факторы: контакт с больным 2 нед назад, наличие наслоений на миндалинах, лимфаденопатия, лихорадка в анамнезе, отсутствие кашля. Установлен диагноз: острый тонзиллофарингит стрептококковой этиологии. Впоследствии он был подтвержден результатами мазка из зева на флору и чувствительности к антибиотикам.

Лечение. Больной был назначен Оспамокс® в дозе 40 мг/кг/сут длительностью 10 дней. Констатировано клиническое выздоровление.

Клинический случай 2

Ребенок М., 7 лет. Поступил в стационар с диагнозом «неревматический кардит с нарушением ритма».

Анамнез. Болеет около 14 дней. Заболевание началось с подъема температуры тела до 39,0 °С, боли в горле и першения. Участковым педиатром был назначен цефуроксим. После 5 дней АБТ улучшения не отмечено, появились слабость, одышка при физической нагрузке, сердцебиение. Из анамнеза известно, что ребенок недавно получал амоксициллин (часто болеет ангинами).

Данные лабораторных обследований. Клинический анализ крови: тромбоциты – $279 \times 10^9/л$, лейкоциты – $14,7 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 5%, эозинофилы – 1%,

СОЭ – 28 мм/ч. **Электрокардиография:** синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубцов в грудных отведениях, замедление процессов реполяризации. ЭхоКГ: сократительная способность миокарда снижена, фракция выброса – 68%.

Данные объективного осмотра, лабораторной и инструментальной диагностики позволили подтвердить диагноз.

Рекомендована комплексная терапия (цефтриаксон в/м, лоратадин, диклофенак натрия в/м, курантил, рибоксин) в условиях стационара. Проведенное лечение обеспечило клиническое выздоровление.

Обсуждение

К ошибкам стартовой терапии в лечении тонзиллофарингитов можно отнести позднее назначение и неадекватный выбор антибиотика (назначен цефуроксим). Оптимальная стартовая АБТ предполагает использование защищенного амоксициллина (например, препарата Амоксиклав®), так как ранее ребенок получал амоксициллин по поводу тонзиллита.

К сожалению, приходится констатировать, что рациональными врачебные назначения в амбулаторной педиатрической практике можно назвать далеко не всегда. Недавнее анонимное анкетирование 325 врачей из Киева, Винницы, Чернигова, Хмельницкого, Полтавы, Ивано-Франковска, Львова, Ужгорода и Черкасс позволило выявить, что 1% врачей при остром тонзиллофарингите предпочитают местное антибактериальное лечение системному. В качестве стартовой АБТ амоксициллин назначают 30%, защищенный амоксициллин – 50%, цефалоспорины – 15%, макролиды – 14,5%, другие антибиотики – 0,5% докторов. Пугающая статистика была получена и в отношении применяемых дозовых режимов. Так, только 70% опрошенных специалистов назначают антибиотики в среднетерапевтических дозах, 8% предпочитают лечить высокими дозами, 20% практикуют титрование дозы, 2% назначают антибиотики в низких дозах с профилактической целью. При анализе ответов на вопрос о длительности АБТ обнаружилось, что только 2,5% врачей назначают антибиотики при тонзиллофарингите сроком на ≥ 10 дней, 50,5% предпочитают 7-дневный курс, 29,7% – 5-дневный, 16,8% – 3-дневный.

На основании сведений, полученных в рамках анкетирования, можно выделить типичные ошибки при назначении АБТ детям с острым тонзиллофарингитом:

- длительное использование местных антибактериальных средств (приводит к селекции резистентных штаммов возбудителя, увеличивает риск возможных осложнений);
- позднее назначение антибиотика системного действия (увеличивает риск осложнений);
- неадекватный выбор антибиотика для стартовой АБТ (настоятельно не рекомендуется назначать оксациллин, комбинацию оксациллина и ампициллина, эритромицин, линкомицин, гентамицин, сульфаниламиды, а также антибиотики широкого спектра действия ввиду возможной

селекции резистентности флоры и ухудшения переносимости терапии);

- назначение неадекватной дозы препарата, манипуляции с дозовым режимом (восходящее или нисходящее титрование);

- несоблюдение кратности приема (отсутствие учета фармакокинетических параметров препарата);

- сокращение сроков терапии (длительность АБТ острых тонзиллофарингитов должна составлять не менее 10 дней, исключение – азитромицин, но и при его назначении, вопреки распространенному мнению, необходимо проводить курс продолжительностью не менее 4-6 дней).

Итак, препаратами выбора при лечении острых стрептококковых тонзиллофарингитов считаются β-лактамы. Несмотря на широкий ассортимент препаратов амоксициллина, присутствующих на фармацевтическом рынке Украины, подходящих к применению в педиатрической практике совсем не много. Ярким примером качественного амоксициллина для детей, проверенного временем, является Оспамокс® («Сандоз», Австрия). В Украине зарегистрировано 7 лекарственных форм данного средства, включая таблетки (покрытые оболочкой и диспергируемые), а также детскую оральную суспензию. Широкий спектр дозировок позволяет обеспечить удобство лечения любому пациенту – как ребенку первых дней жизни, так и взрослому.

Широчайший ассортимент форм выпуска и доз имеет и такой популярный препарат, как Амоксиклав®. Важно напомнить, что порошок для приготовления детской оральной суспензии содержит в упаковке дозирочный шприц, позволяющий легко рассчитать необходимое на разовый прием количество препарата. Кроме того, применение диспергируемых таблеток Амоксиклав® Квиктаб, созданных по запатентованной технологии, обеспечивает высокую (на уровне 95,6%) биодоступность препарата, что соответствует аналогичному показателю при парентеральном введении. Немаловажно, что полный цикл производства и Оспамокса, и Амоксиклава осуществляется в Европе, что гарантирует высочайшее качество указанных лекарственных средств.

В Украину пришло лето, начался сезон школьных каникул и отпусков. Безусловно, хочется верить, что этим летом дети будут болеть хоть немного реже, чем зимой 2015-2016 гг., оказавшейся достаточно непростой в отношении заболеваемости патологией верхних дыхательных путей. Однако практикующим педиатрам не стоит забывать, что лето – это не повод расслабляться, ведь низкая заболеваемость и легкое течение тонзиллофарингитов у детей в теплое время года – не более, чем миф.

Список литературы находится в редакции

Подготовила **Александра Меркулова**

4-35-АИГ-РЕЦ-0616

НОВИНИ МОЗ

У МОЗ відбулося засідання робочої групи, що працюватиме над підвищенням рівня доступності лікарських засобів

22 червня 2016 р. під головуванням заступника міністра охорони здоров'я Романа Ілика відбулося 1-ше засідання робочої групи з питань референтного ціноутворення на лікарські засоби, склад якої затверджено наказом МОЗ України № 513 від 03.06.2016.

Так, у системі забезпечення лікарськими засобами низькою є їхня доступність, в т. ч. через необґрунтовано високі ціни ліків, що сьогодні є однією з важливих проблем. А тому планується, що результатом діяльності зазначеної робочої групи буде розробка та затвердження нормативно-правових актів із регулювання цін на лікарські засоби, а також моніторинг ефективності їх впровадження.

Перше засідання було присвячено опрацюванню проекту Постанови КМУ «Про референтне ціноутворення на лікарські засоби», який був оприлюднений для громадського обговорення на сайті МОЗ 26 травня 2016 р. (<http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro201605260.html>).

Також розглядалися питання щодо забезпечення населення якісними, ефективними та доступними лікарськими засобами шляхом впровадження системи реімбурсації основних лікарських засобів як середньострокового заходу.

На засіданні було обрано секретаря робочої групи – начальника відділу ціноутворення та реімбурсації Департаменту раціональної фармакотерапії та супроводження державної формулярної системи ДП «Державний експертний центр МОЗ України» Олену Семиренко. Передбачається, що засідання робочої групи будуть відбуватися в плановому режимі не рідше 1 р/міс, а на даному етапі (розробка нормативно-правових актів) і частіше.

На завершення Роман Ілик запропонував усім зацікавленим надати свої кандидатури для розширення складу робочої групи.

Фахівці Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова відвідали м. Фастів у рамках проекту «Зупинимо епідемію серцево-судинних катастроф»

16 червня 2016 р. відбулась поїздка фахівців Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова до Фастова і Фастівського району, що на Київщині. Це вже 38-й виїзд лікарів Інституту в рамках Всеукраїнського проекту Асоціації серцево-судинних хірургів України «Зупинимо епідемію серцево-судинних катастроф», який триває з вересня 2014 р. за підтримки МОЗ України та Національної академії медичних наук України.

Фахівці провели діагностично-консультативний прийом дорослих і дітей, серед яких були як пацієнти, які стоять на диспансерному обліку, так і особи, яким важко встановити діагноз без додаткових спеціальних методів обстеження. Практичні рекомендації щодо подальшої тактики лікування надано 19 дорослим із вродженими, набутими вадами серця та іншими кардіологічними захворюваннями.

Важливою складовою візиту було обстеження 49 дітей з 7 дитячих будинків сімейного типу, в результаті якого у 5 виявлено патологічні зміни.

Одночасно з прийомом лікарів у Фастівській районній державній адміністрації відбулась робоча зустріч головного позаштатного спеціаліста МОЗ України за спеціальністю «Хірургія серця і магістральних судин у дорослих», доктора медичних наук Костянтина Руденка з керівниками Фастівського, Макарівського та Сквирського районів і начальниками медичних департаментів зазначених районів. Під час зустрічі було обговорено актуальні питання щодо вирішення проблем розвитку і організації надання медичної допомоги населенню 3 районів, зокрема невідкладної та екстреної кардіологічної та кардіохірургічної допомоги, допомоги вагітним з вадами серця та жінкам з патологією серця у плода. Під час зустрічі було погоджено порядок дій і «маршрут пацієнта» для профільних хворих, які потребують високоспеціалізованої медичної допомоги.

МОЗ просить про виділення додаткових коштів з держбюджету для лікування важкохворих громадян за кордоном

У МОЗ України вперше відбулося відкрите засідання Комісії з питань направлення громадян на лікування за кордон (далі – Комісії), на якому були присутні представники ЗМІ, громадськості, благодійних та волонтерських організацій.

Ініціатором відкритості та прозорості проведення засідань виступив голова Комісії, заступник міністра охорони здоров'я Роман Васишин: «У ситуації, яка сьогодні складається з фінансуванням програми лікування за кордоном, ми не можемо залишити хворих без догляду і зупинити процес взяття нових пацієнтів на облік. Це не тема для популізму та спекуляцій. Тут треба шукати термінових і конструктивних рішень спільно з небайдужою громадськістю, яка може допомогти».

Комісія розглянула 10 справ та проголосувала про взяття на облік хворих, що потребують лікування за кордоном, медична допомога яким за життєвими показаннями не може бути надана у закладах охорони здоров'я України. В цілому, станом на 16 червня 2016 р. на такому обліку перебуває 46 осіб. За підрахунками, для врятування їхнього життя потрібно додаткових –184 млн грн.

МОЗ України вже звернулося до відповідних органів державної влади з клопотанням про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2016 рік», щоб передбачити додаткові видатки за бюджетною програмою КПКВК 2301360 «Лікування громадян України за кордоном». Також всіляко сприяти виділенню цих коштів буде зі свого боку і Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я (далі – Комітет). У цьому запевнила присутня під час засідання заступник голови Комітету Ірина Сисоєнко.

Спільним рішенням Комісія також ухвалила розподіл залишків коштів та термінове їх перерахування до клінік, де чекають на оперування 3 наших важкохворих пацієнтів.

Роман Васишин запевнив, що МОЗ України докладе максимально зусиль для удосконалення та налагодження процедури відправлення на лікування за кордон – це стосуватиметься і укладення угод з клініками на вигідних умовах, пришвидшення переведення коштів через банківську систему, посилення співпраці з благодійними та волонтерськими організаціями.

За інформацією прес-служби МОЗ України