

ЗНАЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО АУДИТА В РАЦИОНАЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

М.С. АШУРОВА, Р.М. НУРАЛИЕВА, Р.Р. МУРАДОВА, М.А. МАХМУДОВА, А.Я. ЯЗДАНОВ
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Республика Узбекистан, Самарканд

ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ РАЦИОНАЛ ҚЎЛЛАШДА ФАРМАКОЛОГИК АУДИТНИНГ АҲАМИЯТИ

М.С. АШУРОВА, Р.М. НУРАЛИЕВА, Р.Р. МУРАДОВА, М.А. МАХМУДОВА, А.Я. ЯЗДАНОВ
Республика шошилиқ тез тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали,
Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

PHARMACOLOGICAL VALUE AUDIT RATIONAL USE OF MEDICINES

M.S. ASHUROVA, R.M. NURALIEVA, R.R. MURADOVA, M.A. MAHMUDOVA A.Y. YAZDANOV
Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid,
Republic of Uzbekistan, Samarkand

Введение. В целях повышения эффективности лечения на современном, сложном, рыночном этапе становления государственной системы защищенности граждан, необходима систематизация подходов к тактике ведения больных. Необходима унификация оптимальных режимов лечебно-диагностического процесса с позиций внедрения стандартов (протоколов), одобренных научно- доказательной медициной. Сертификация и лицензирование медицинской деятельности должны проводиться через стандарты (протоколы) организационные, профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные. Нужен единый, национальный, стандартный подход органов и учреждений здравоохранения на Международную Классификацию Болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ X пересмотра). Исполнители должны быть осведомлены о принятых медицинских стандартах. Незнание медицинских стандартов не является оправданием недостаточности лечебных действий или бездействия врача. Для обеспечения адекватной терапии нужны консилиумы, обосновывающие целесообразность использования тех или иных методов диагностики и лечения для обеспечения качества лечебно-диагностического процесса на современном уровне.

Стандарты являются гарантированным перечнем организационных, диагностических, лечебных и профилактических действий, подлежащих выполнению в процессе оказания медицинских услуг. Стандарты вводятся с целью унификации требований, которым должна отвечать лечебно- профилактическая помощь.

Рациональное использование лекарственных средств это применение лекарственных средств, при котором больные получают препараты в соответствии с клинической необходимостью,

в дозах, отвечающих индивидуальным потребностям, на протяжении адекватного периода времени.

Актуальность и цель проблемы связана с нерациональным использованием лекарственных препаратов. Региональное, или нерациональное использование лекарственных средств это использование лекарственных средств не в соответствии с приведенным выше определением рационального применения. В мире более 50% препаратов выписываются, выдаются или продаются неправильно, 50% больных принимают их не должным образом.

Более того, треть населения мира не имеет доступа к необходимым препаратам. К наиболее распространенным типам нерационального использования препаратов относятся:

- одновременное использование слишком большого числа препаратов у одного больного (полифармация);
- неадекватное использование противомикробных препаратов, часто в неадекватных дозах, при небактериальных инфекциях;
- чрезмерное использование инъекций в случаях, когда более подходили бы пероральные формы препаратов;
- назначение не в соответствии с клиническими руководствами;
- неправильное применение препаратов при самолечении, часто средствами, являющимися исключительно рецептурными препаратами.

Отсутствие доступа к лекарствам и применение медикаментов в неадекватных дозировках приводят к росту заболеваемости и смертности, особенно в случаях детских инфекций и хронических заболеваний, в частности, гипертонии, диабета, эпилепсии и психических расстройств. Неадекватное и чрезмерное использование препаратов приводит к необоснованным дополни-

тельным затратам (часто - деньги самих больных), а также к существенному ущербу для здоровья больных (неблагоприятные исходы терапии и развитие побочных реакций на препараты). Чрезмерное использование антибиотиков увеличивает резистентность микроорганизмов, способствует естественной селекции полирезистентных штаммов. Инъекции в нестерильных условиях является фактором распространения гепатита, ВИЧ/СПИДа и других заболеваний, предающихся с кровью.

Устойчивость к антибактериальным средствам стала глобальной проблемой, серьезно влияющей на медико-санитарную помощь в развитых и развивающихся странах. Это следствие широкого и неправильного использования антибактериальных средств. Один из показательных примеров такого рода - включение антибиотиков в комбинированные препараты для лечения больных с диареей и гриппом, когда назначаются антибиотики, сульфаниламидные препараты и другие лекарственные средства, практически не влияющие на вирусы. Это неразумная, опасная и бесполезная практика.

Данные многих исследователей подтверждая международный характер проблемы неправильного использования лекарственных средств (ЛС). Во всем мире из-за неправильного использования лекарств ежегодно сотни млн. долларов тратится напрасно.

Анализ применения 50-ти наиболее часто используемых в Узбекистане лекарственных средств показывает, что 40% из них оказываются либо неэффективными, либо недостаточно безопасными. Таким образом, больные часто тратят большие деньги на бесполезные, иногда низкого качества, а порой и попросту опасные лекарственные средства.

Фармакотерапия, основанная на полном знании лекарственных средств и больного, предусматривая использование лекарственных средств с максимальной пользой для пациента и при минимальных нежелательных побочных эффектах, позволяет врачу провести грань между главными и второстепенными качествами лекарств, облегчает определение их терапевтической ценности.

Необходимо ли назначать детям широкий спектр лекарств при некоторых легко протекающих детских заболеваниях? Вопрос - нериторический. По данным ВОЗ, не исключено, что две трети всех назначавшихся детям лекарств малоценны или вообще бесполезны. ВОЗ указывает, что ненадлежащее использование лекарственных средств для детей имеет как немедленные (пустая трата ресурсов), так и долгосрочные (потенциальная опасность побочных реакций)

последствия. И это сильные аргументы в пользу тщательного подхода к назначению лекарственных средств детям.

Лекарства могут оказывать токсическое действие, поскольку у детей понижена скорость обмена веществ. Гематоэнцефалический барьер, особенно у младенцев, более проницаем для лекарственных средств, поэтому ЛС могут влиять в первую очередь на несформированную центральную нервную систему. Печень и почки пока в стадии развития, и лекарства из организма выводятся медленно.

Регулярно получая информацию о новых лекарственных средствах, необходимо помнить, что новейшее и самое дорогое лекарство не обязательно будет самым безопасным, а затраты - эффективными.

Лекарства закрепляют ориентацию на фармакотерапию, однако большинство педиатрических проблем легко предотвратить при помощи программ вакцинации, правильного питания, доступа к чистой воде и окружающей среде.

При неправильном применении лекарственных средств возможен риск токсического действия и возникновения устойчивости. С увеличением количества ЛС и повышением их активности проблемы риска приобретают все большую остроту. В результате нерационального назначения врач становится беззащитным перед претензиями пациентов, критикой коллег и давлением фармацевтических компаний.

Наиболее частые ошибки при назначении лекарств. Врачебные ошибки при выписывании медикаментов можно условно разделить на группы:

Несовместимость назначаемых лекарственных препаратов. Иногда врачи прописывают несколько препаратов, которые при совместном приеме усиливают, ослабляют или нейтрализуют действие друг друга. Например:

- совместное назначение диклофенака с диазепамом ведет к ослаблению действия диклофенака.

- ацикловир, назначенный вместе с эуфилином, повышает уровень концентрации эуфилина в плазме крови.

- одновременное назначение циметидина. эритромицина с диазепамом задерживает метаболизм диазепама.

Нарушение целостности лекарственной формы. Нередко врачи назначают лекарственные препараты дробно: половину, треть, четверть и даже одну восьмую часть таблетки. В таких случаях трудно предвидеть какую дозу получит пациент.

Одной из самых больших проблем для врачей является назначение ферментных (фестал,

мезим-форте, панкреатин) и железосодержащих препаратов (сорбифер, ферроплекс) детям.

Так как эти препараты покрыты защитной оболочкой, растворимой только в кишечнике, нарушение ее целостности ведет к разрушению препарата в желудке и, соответственно, отсутствию эффекта. В таких случаях целесообразнее назначать препараты железа в виде сиропов или капель.

Встречаются случаи, когда врач назначает половину капсулы ацикловира, амоксициллина и рекомендует пациентам вскрывать капсулу и делить ее содержимое перед приемом.

При этом врач должен помнить - если препарат выпущен в защитной капсуле, ее разрушение недопустимо и чревато неблагоприятными последствиями для пациента.

Дублирование. Врачи назначают одновременно два препарата из одной группы и той же фармакологической группы. Чаще всего это встречается при назначении нового препарата совместно с ранее известными. Складывается впечатление, что врачу нужна своеобразная подстраховка для достижения терапевтического эффекта. На самом деле происходит нежелательное усиление действия назначенных препаратов.

Наглядным примером может служить одновременное назначение диклофенака с нимесулидом, метапролола с атенололом, энапа с диротеном, диазепам с ксанаксом.

Курьёзом может служить пример одновременного назначения одного и того же препарата под разными торговыми наименованиями, как, например, фамотидина с квамателем, апаурина с реланиумом, метапролола с эгилоком.

Ошибки в указании доз лекарственных средств. При назначении лечения, допускаются ошибки в указании доз лекарственных препаратов. В результате разовые дозы могут быть завышены в несколько раз. Например:

- диазепам выпускается в дозе 5 и 10 мг. Врачи выписывают вместо 5 мг - 50 мг и даже 500 мг, превышая при этом высшую дозу в 10 и 100 раз.

- алпрозолам (ксанакс) - форма выпуска 0,25 и 0,5 мг, а в назначениях врачи прописывают 5 мг.

- фенозепам - форма выпуска 1 и 0,5 мг, а в рецептах встречаются дозы 5 мг, 10 мг.

Как бы странно не звучало, но ошибки происходят при переводе миллиграмма в граммы. Проще говоря, врачи ошибаются в количестве нулей после запятой. Неправильно поставленная запятая увеличивает дозу в десятки и сотни раз.

Прописывание лекарств детям. Использование в педиатрической практике лекарственных

средств, которые противопоказаны детям или назначаются с определенного возраста. Например:

- фамотидин - назначают детям раннего возраста по половине или одной четвертой части таблетки. Однако фамотидин не рекомендуется назначать до 16 лет, так как не были проведены клинические исследования, а детям раннего возраста противопоказан.

- нафтизин - врачи назначают детям до года, вопреки инструкции запрещающей его применение детям до двух лет. Нафтизин 0,1% противопоказан для назначения детям до 18 лет.

- бромгексин - назначают в сиропе детям до года, хотя по инструкции он противопоказан детям до 6 лет.

- проспан капли - назначают младенцам, несмотря на то, что он противопоказан детям до года.

Материалы и методы. Для улучшения качества лечения рационального выбора и применения лекарственных средств, а также для исключения полипрагмазии нами проведен аудит 411 историй болезни отделений неонатологии, неотложной педиатрии и детской реанимации Самаркандского филиала РНЦЭМП. При проведении фармакологического аудита выявлены следующие недостатки.

Литература:

1. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane Library, Issue 3,; 2006.
2. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victoria CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource setting. Lancet 2005;366: 1026-1035.
3. Wagaarachchi PT, Graham WJ, Penny GC, McCaw-Binns A, Yeboah Antwi K, Hall MH. Holding up a mirror: changing obstetric practice through criterion-based clinical audit in developing countries. Int J Gynaecol Obstet 2001; 74:119-130.
4. Wagaarachchi PT, Asare K, Ashley D, Gordon G, Graham WJ, Hall MH. Conducting criterion-based clinical audit of obstetric care: a practical field guide. Dugald Baird Centre for Research on Women's Health,;Aberdeen, 2001.
5. Pattinson RC, Bastos MH, Say L, Makin JD. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. The Cochrane Library, Issue 3,; 2006.
6. Lewis G. Confidential enquiries into maternal deaths. In: Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. World Health Organization, Geneva 2004; 77-102.