

СТЕПЕНЬ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗНАЧЕНИЙ И СТАНДАРТНЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

А. А. Шакарян

*Гюмрийский педагогический институт им. М. Налбандяна
377526, г. Гюмри, ул. Паруйра Севака, 4*

Ключевые слова: фармакотерапия, рациональность, эффективность, безопасность, приемлемость, стоимость лечения

В истории развития фармакотерапии отмечено множество случаев проявления нежелательных действий лекарств. Например, возникновение особой формы рака влагалища у девочек, матери которых получали во время беременности диэтилstilбестрол (ДЭС). Подобные факты вызывают необходимость разработки концепции рационального применения лекарств. Исследования по безопасному использованию лекарств проводились в ряде стран, а также в Армении, целью их было:

- определение степени рациональности лекарственных назначений, согласно критериям, предложенным Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ);
- проведение фармакотерапевтического анализа и мероприятий, направленных на улучшение фармакотерапии;
- определение эффективности применения стандартных схем лечения по сравнению с предыдущими методами.

Материал и методы

Данное исследование носит как количественный, так и качественный характер. Исследованы истории болезни сердечно-сосудистых больных (ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь и недостаточность кровообращения). Анализ был проведен по критериям, предложенным ВОЗ [1].

- эффективность;
- безопасность;
- приемлемость;
- стоимость лечения.

Для сравнения количественного соотношения была проведена оценка лечения и подсчет этих критериев. Этот математизированный подход предоставляет возможность статистической обработки данных. Возраст больных до применения стандартных схем (первый

этап) составил в среднем 60 лет, а после применения схем (второй этап) – 63 года, среди них большинство мужчины.

Результаты и обсуждение

На первом этапе число применяемых лекарств, зарегистрированных в РА составило 56% в основном за счет гуманитарной помощи в тот период; на втором – 93% благодаря активной регистрации лекарств в АЛМТ РА.

Результаты фармакотерапевтического анализа ИБС представлены на рис. 1.



Рис. 1. Фармакотерапевтический анализ при ишемической болезни сердца

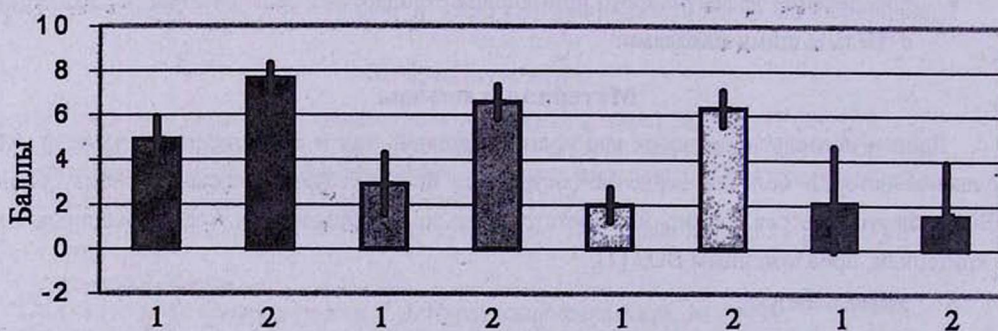


Рис 2. Фармакотерапевтический анализ при гипертонической болезни

На приведенной диаграмме очевидны преимущества применения стандартных схем лечения и их эффективность. Намечается также сглаживание критериев безопасности и при-

емлемости с эффективностью, что указывает на новый подход врачей к этим критериям. На следующей диаграмме представлены данные анализа гипертонической болезни (рис. 2).

Такие же закономерности наблюдаются и здесь. При сравнении результатов исследований этих болезней можно отметить преимущества стандартных схем.

Из числа страдающих ИБС с сопутствующей пневмонией были необоснованно назначены: 2 антибиотика одной группы трем больным, у 9 больных назначения не были обоснованы, в трех случаях – изменение антибиотика. Среди больных со свежим инфарктом миокарда у 8 – необоснованное назначение атенолола, 1 – пропранолола и у 5 – нифедипина. При остром инфаркте уменьшается выброс крови из сердца в аорту, уменьшается систолический и минутный объем, что приводит к гипоксигенации сердечной мышцы и других тканей. В таких случаях назначение лекарств, снижающих частоту сердечных сокращений, может усилить деятельность в этих патологических звеньях [3]. Сразу после инфаркта миокарда назначение нифедипина в больших дозах повышает смертность [5]. Бета-адреноблокаторы, обладающие внутренней симпатомиметической активностью, менее эффективны для предупреждения рецидивов инфаркта и внезапной смерти [9].

Отмечалось также назначение таких сочетаний, при которых суммируются нежелательные эффекты двух лекарств. В числе таких случаев – комбинированное применение гентамицина и фуросемида, при которых суммируются ототоксические эффекты [3]. При лечении ИБС отмечались неуместные назначения антацидов, в остальных случаях ошибки встречались реже.

Анализ лечения гипертонической болезни выявил следующее: при гипертонических кризах использовали дибазол иногда в сочетании с папаверина гидрохлоридом (сочетание двух препаратов с сосудорасширяющим действием), что по данным литературы необосновано [4]. Некоторым больным было назначено по два препарата из группы нестероидных противовоспалительных. Такое назначение не повышает эффективность, а, наоборот, усиливает побочные эффекты данной группы [4,7]. Отмечались случаи назначения антагонистов кальция без учета продолжительности лечения и действия препарата. По данным последних исследований, при лечении гипертонической болезни предпочтительны антагонисты кальция продолжительного действия, т.к. они уменьшают риск повреждения органов [8]. В фармакотерапии указанной болезни по сравнению с предыдущим этапом наблюдается как уменьшение числа ошибок, так и соотношение их видов. Не наблюдались ранее имеющиеся перерывы в лечении и неправильные назначения нестероидных противовоспалительных препаратов. Уменьшились ошибки назначения антацидов, противогистаминных препаратов и в дозировании сердечных гликозидов.

О стоимости лечения можно сказать, что она имеет низкие показатели и сравнительно большие отклонения от среднего значения, что объясняется ценами на лекарства и прибылью на душу населения.

Таким образом, становится ясно, что исследования по использованию лекарств направлены на уменьшение расхождения между практическим применением лекарств и слу-

чайными клиническими исследованиями. В этой связи ВОЗ подчеркивает не только важность внедрения стандартных схем лечения, эффективность которых доказана, но и необходимость последипломного обучения. Образование – это очень важный процесс, но его результаты проявляются позднее. По этой причине основное внимание будет обращено программам последипломного обучения [2].

Продолжительный мониторинг использования лекарств не только делает его эффективным и рациональным, но и может внести новые показания или противопоказания относительно препарата. Исходя из выше указанных обстоятельств, очевидна необходимость проведения таких исследований в различных странах.

Поступила 11.05.01

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Руководство по надлежащему назначению лекарственных средств. WHO/DAP/94.
2. "Фокус на пациента", документ ВОЗ, EUR/ICP/QCPH062202, 1998.
3. Հայկական Ազգային Դեղամատյան, ՀՀ ԱՆ Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների գործակալություն, Երևան, 1997:
4. *Conn's Current Therapy*. 1991, Philadelphia.
5. *Furberg C.D., Psaty B.M., Meyer J.V.* Circulation, 1995, 92.
6. *Herbst A.L.* New England J. of Medicine, 284, 1971.
7. *Jhonson A. G., Seideman P., Day R. D.* Adverse drug interactions with nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs). Recognition, management and avoidance. Drug Saf., 1993.
8. *Tsutomu Yamazaki, Issei Komuro, Yunzeng Zou et al.* Inc. Hypertension, 1998, (abstr.), 31.
9. *Yusuf., Petro R., Lewis J. et al.* Beta-blockade during and after myocardial infarction. Prog Cardiovasc. Dis., 1985, 27.