

УДК 615.03:616.1/3'08'039.57:614.35](571.63) Э.М.

Батищев, М.В. Волкова, Е.А. Гаврилова, Е.Б.

Кривелевич

АНАЛИЗ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр (г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: доказательная медицина, рациональная лекарственная терапия, амбулаторно-поликлиническая служба.

Доказательная медицина – это процесс систематического анализа, оценки и использования материалов клинических исследований [4]. Ее развитие обусловлено двумя основными факторами, первый из которых – увеличение объема и доступности научной информации. Ежегодно в клинику внедряются новые препараты и медицинские технологии. Они активно изучаются в многочисленных клинических исследованиях, результаты которых нередко оказываются неоднозначными, а иногда прямо противоположными [2]. Второй фактор – нехватка средств, связанная с ростом расходов на здравоохранение, вследствие чего возникает необходимость выбора среди большого числа лекарственных препаратов именно тех, которые обладают наиболее высокой эффективностью и безопасностью.

На постулатах доказательной медицины сформирована единая научно обоснованная стратегия реформирования здравоохранения, касающаяся вопросов стандартизации и неразрывно связанных с ней проблем лекарственного обеспечения и управления качеством медицинской помощи. На сегодняшний день в Приморском крае сформирована региональная политика в области совершенствования системы лекарственного обеспечения населения и медицинских учреждений. Ее основными направлениями являются:

- развитие фармацевтического рынка на основе концепции социально-этического маркетинга;
- централизация закупок лекарственных средств, для обеспечения территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи;
- стандартизация, сертификация и контроль качества лекарственных средств;
- разработка подходов к рациональному использованию лекарственных средств на основе проведения фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований;
- мониторинг лекарственного обеспечения и деятельности медицинских и фармацевтических организаций и предприятий.

Одна из форм работы в этом направлении – систематический анализ амбулаторных карт с целью оценки рациональности фармакотерапии. Экспертной оценке при каждой плановой проверке подвергается не менее 50 амбулаторных карт. Работа проводится специалистами Комитета фармакоэкономического анализа и лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения администрации Приморского края, Приморским краевым медицинским информационно-аналитическим центром и Краевым центром клинической фармакологии.

В течение 2002 г. проведен анализ амбулаторных карт высокостратных пациентов, пользующихся льготами на лекарственное обеспечение и обращающихся за медицинской помощью в поликлиники г. Владивостока в 2001 г. Перечень пациентов формировался на основе персонализированной базы данных АС «Учет льготных рецептов», разработанной сотрудниками медицинского информационно-аналитического центра (отдел сбора, обработки и анализа информации). В 2003 г. оценку рациональности фармакотерапии проводили на основе анализа амбулаторных карт поликлинических учреждений Приморья за период 2001-2002 гг. Отбор карт для экспертизы проводился методом случайной выборки.

В ходе плановых проверок чаще всего встречались следующие случаи нерационального и ошибочного использования лекарственных средств: полипрагмазия и политерапия без указания на обострение нескольких нозологий (5-15%);

- назначение лекарственных средств с недоказанной эффективностью – аденозинтрифосфорной кислоты, кокарбоксилазы, инозина, милдроната (30-40%);
- нарушение международных рекомендаций по фармакотерапии, таких как использование селективных β-адреноблокаторов для лечения ишемической болезни сердца, антибактериальной терапии при язвенной болезни, базисной ингаляционной противопалительной терапии при бронхиальной астме, аспирин при мерцательной аритмии (2-7%);
- назначение препаратов, исключенных из международных рекомендаций из-за неэффективности: антигистаминных средств при бронхиальной астме, периферических вазодилататоров для лечения хронической сердечной недостаточности, короткодействующих дигидропиридиновых антагонистов кальция и петлевых диуретиков, клонидина для постоянного лечения артериальной гипертензии (35-51%);
- использование без достаточных оснований парентерального введения медикаментов при возможно-сти их перорального применения (до 65%);
- назначение психотропных препаратов пожилым пациентам при отсутствии показаний (10-15%);
- назначение дорогостоящих торговых аналогов (арифон, престариум, ношпа) без предоставления пациентам возможности выбора более дешевого дженерика (50%);

- одновременное применение лекарств с однопаравленным терапевтическим эффектом: нитратов и нитратоподобных препаратов, сальбутамола и беротека, нестероидных противовоспалительных препаратов различных торговых марок (5'8%);
- отсутствие возрастной корректировки лекарственных доз (около 88%);
- неучет взаимодействия препаратов (до 15%).

При проверках амбулаторных карт поликлинических учреждений края наибольшее внимание уделялось лечению ишемической болезни сердца и эссенциальной артериальной гипертензии, являющихся наиболее социально значимыми нозологиями. К типичным ошибкам и случаям нерационального применения лекарств при данных заболеваниях относилось лечение, не соответствующее современным международным стандартам (использование препаратов раувольфии, постоянная терапия препаратами первой генерации из группы ингибиторов ИАПФ и короткодействующими антагонистами кальция, а также клоидином, рекомендованными только для купирования гипертонических кризов) [7]. При лечении ишемической болезни сердца назначались препараты группы дигипиридамола, известные своей способностью вызывать синдром обкрадывания [5]. Во многих случаях нитраты рекомендовались для постоянного приема, не предлагалась схема «прерывистой терапии», что может вызывать развитие толерантности [5]. С целью диуретической терапии использовались препараты группы резерва (фуросемид), что чревато развитием рефрактерных отеков [1]. Необходимо отметить, что ингибиторы АПФ и β -адреноблокаторы во многих случаях не включались в схему лечения, а это может вести к повышению риска осложнений и снижению продолжительности жизни пациентов [1].

Таким образом, несмотря на активное внедрение принципов доказательной медицины в современное здравоохранение, многие специалисты на местах не используют их в практической деятельности. Длительный опыт применения лекарственного средства не всегда служит убедительным доводом в пользу его дальнейшего использования. Например, высокая популярность пролонгированных форм нитроглицерина (сустак и др.) или клонидина не означает, что они являются оптимальными для лечения стенокардии и эссенциальной гипертензии [1]. Проблема рационального расходования средств сейчас особенно актуальна для российского здравоохранения, однако препараты, эффективность которых не была доказана или вызывала сомнение, продолжают применяться в поликлинической практике [6]. Врачи часто судят об отдаленной эффективности препаратов на основании непосредственных результатов их применения, что является пятым уровнем доказательности, или «суррогатным критерием» [3].

Итак, современная медицина приближается к точным наукам, но одним из ограничений на этом пути является комплекс субъективных факторов: индивидуальный опыт, интуиция и личность врача, которые все

гда имели важное значение в клинической практике. В то же время было бы неправильным при выборе лечения ориентироваться только на опыт и игнорировать результаты труда исследователей, специально занимавшихся соответствующей проблемой. Отсутствие клинических фармакологов, знаний основ медицины, основанной на доказательствах, сказывается на назначаемой терапии, что ухудшает качество медицинской помощи и приводит к нерациональному использованию как бюджетных, так и личных средств пациентов.

Решением этой проблемы должна стать разработка и введение лечебно-диагностических стандартов оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях на основе международных и национальных руководств. Необходимо обучать основам фармакоэкономики и доказательной медицины не только клинических фармакологов, но и врачей-практиков. Данное направление в масштабах Приморского края можно реализовать при активном сотрудничестве специалистов Департамента здравоохранения, центра клинической фармакологии, краевого информационно-аналитического центра и Владивостокского государственного медицинского университета с выработкой образовательной концепции и созданием единого информационного поля.

Литература

1. Данс А.Л., Данс Л.Ф. // *Межд. журн. мед. практики*. — 2001. — № 2. — С. 4q26.
2. Двойрин В.В. // *Межд. журн. мед. практики*. — 1997. — № 1. — С. 17q19.
3. *Доказательная медицина: Ежегодный справочник* / Под ред. С.Е. Бащинского, П.В. Безменова, В.В. Денюгина. — М.: Медиасфера, 2003. — Ч. 1. — С. 101q144.
4. Ли В.П. // *Клин. фармакол. и терапия*. — 1998. — № 7(2). — С. 60q63.
5. Машковский М.Д. *Лекарственные средства*. — Т. 1. — М.: Медицина, 1983.
6. Ушкалова Е.А. // *Клин. фармакол. и терапия*. — 1998. — № 7. — С. 80q81.
7. Nelson E.C., Statson W.B., Neutra R.R., Solomons H.S. // *Prev. Med.* — 1980. — Vol. 27. — P. 504q517.

Поступила в редакцию 27.11.03.

ANALYSIS OF RATIONALITY OF PHARMACOTHERAPY UNDER THE CONDITIONS OF OUTPATIENT SERVICE IN PRIMORSKY REGION
E.M. Batischev, M.V. Volkova, E.A. Gavrilo, E.B. Krivelevich
Primorsky Regional Medical Information Analytic Center
(Vladivostok), Vladivostok State Medical University
Summary — The paper provides the data on outpatient cards analysis in outpatient departments of Vladivostok and Primorsky region, as well as the numerous cases of inexpedient and improper drug use. Among them are polypragmasia, transgressions of international recommendations on pharmacotherapy, prescription of high-priced analogues of widely distributed medicines, and so forth. As a conclusion, the authors highlight the necessity to introduce the pharmacoeconomy issues into the educational programs for practicing physicians.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 4, p. 31q32.