

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Турдумаматов У., Усубалиев К., Токтосунова Д., Усубалиев Н.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, НИИХС и ТО, КРСУ г. Бишкек, Кыргызстан.

Резюме. С целью экспертной оценки медикаментозной терапии в предоперационном периоде обследовано 49 больных с сердечной недостаточностью (СН) обусловленной приобретенными пороками сердца ревматической этиологии. В зависимости от степени тяжести СН больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 31 больной с СН 2Б и 3 стадии. Во вторую группу вошли 18 больных с СН 2А стадии. Анализ и экспертная оценка медикаментозных назначений проводилась с использованием клинико-фармакологической карты. Назначенные лекарственные средства (ЛС) из Списка Основных Лекарственных средств КР (СОЛС) составили 49,6% и 52,9%, а ЛС, назначенные под международным непатентованным наименованием (МНН) составляют 52,4% и 41% соответственно в 1 и 2 группах. Основные ЛС при лечении СН используются нерационально. Часто используются ЛС с недоказанной эффективностью (44%). Антиагрегантные и антикоагулянтные средства следует отнести к основным ЛС при лечении СН с мерцательной аритмией.

Ключевые слова: клиническая фармакология, лечение сердечной недостаточности, фармакотерапия кардиохирургических больных, основные лекарственные средства.

Корутунду: Эксперттик баалоо максатында ревматизмдин кесепетинен пайда болгон жүрөк алсыздыгынын фармакотерапиясы изилденген. 49 кардиохирургиялык оорулууга колдонулган дарылар бааланды. Жүрөк алсыздыгынын деңгээлине жараша оорулулар 2 топко бөлүнгөн. Биринчи топту IIБ жана III стадиядагы жүрөк алсыздыгы бар 31, ал эми экинчи топко жүрөк алсыздыгынын IIА стадиядагы 18 оорулулар түзүштү. Колдонулган дарыларды анализдөө жана эксперттик баалоо клиникалык-фармакологиялык көрсөтмө менен жүргүзүлдү. Колдонулган дарылардын 49,6% жана 52,9% ти (1- жана 2-топто) Кыргыз Республикасынын негизги дарыларынын тизмесинен алынган. Ошондой эле 52,4% жана 41% дарылар генерикалык аттар менен колдонулган. Жүрөк алсыздыгында колдонуучу негизги дарылар рационалдуу колдонулган эмес. Көбүнчө (44%) пайдасы такталбаган дарылар колдонулган. Антиагреганттык жана антикоагулянттык дарылары толтунуу фибрилляциясында колдонулуучу негизги дарылардын тизмесине киргизүү абзел.

Негизги сөздөр: клиникалык фармакология, жүрөктүн алсыздыгын дарылоо, кардиохирургиялык оорулардын фармакотерапиясы, негизги дарылар.

The resume. For the purpose of an expert estimation of pharmacotherapy in the preoperative period 49 patients with cardiac failure (CF) the rheumatic etiology. In dependence of severity level CF patients have been divided into 2 groups. The first group was made by 31 patients with CF IIБ and III stages. In the second group have made 18 patients with CF IIА stages. The analysis and an expert estimation of pharmacotherapy appointments it was spent by means of a clinic-pharmacological card. The appointed drugs from Kyrgyz National Formulary have made 49,6 % and 52.9 % and drugs, appointed under generic names make 52,4 % and 41 % accordingly in I and II groups. Basic drugs at treatment CF are used irrationally. Are often used drugs by not proved efficiency (44 %). Anticoagulants and antiagregants means it is necessary to carry to Basic drugs at treatment CF with atria fibrillation.

Keywords: clinical pharmacology, treatment of cardiac failure, pharmacotherapy of cardio surgical patients, the basic medical products

Введение. Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) остается наиболее частой причиной приобретенных пороков сердца. Протезирование митрального клапана и комиссуротомия являются основными методами хирургического лечения данной патологии. Большинство больных обращаются за кардиохирургической помощью с выраженной степенью сердечной недостаточности (СН IIБ и III степени, по классификации Стражеско - Василенко) и с различными осложнениями, такими как тромбообразование в полостях сердца, мерцательная аритмия и др.

Целью предоперационной подготовки таких больных является достижение состояния субкомпенсации сердечной деятельности с помощью медикаментозной терапии. При этом повышается возможность и успех оперативного лечения. Следовательно, оценка качества пред- и послеоперационной медикаментозной терапии имеет важное практическое значение.

В настоящее время нет исследований касающихся вопросов клинической фармакологии предоперационного ведения больных, а именно ле-

чения сердечной недостаточности у больных с приобретенными пороками сердца.

Целью настоящего исследования является экспертная оценка медикаментозной терапии кардиохирургических больных в предоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

Проведено изучение медикаментозных назначений и результатов лечения у 49 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении приобретенных пороков сердца НИИ хирургии сердца в ноябре 2009 года.

Возраст больных: от 19 до 60 лет, в том числе мужчины составляли 21 человек, женщины 28 человек. Они все страдали приобретенными пороками сердца ревматической этиологии (ХРБС, недостаточность митрального клапана, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, стеноз устья аорты и недостаточность аортального клапана) и имели хроническую сердечную недостаточность IIА, IIБ и III стадии.

По степени тяжести сердечной недостаточности больные разделены на 2 группы.

Таблица 1

Контингент обследованных: больные с ХРБС с различной степенью сердечной недостаточности.

Группы	Средний возраст	СН	МА		СА	Асцит	Гидро Торакс
			Тахисист форма	Нормосист Форма			
I гр. N=31	47,6	II Б, III	16	8	21	5	4
II Гр N=18	44,8	II А	-	7	-	-	-

Примечание: СН - сердечная недостаточность; МА - мерцательная аритмия; СА - сердечная астма.

Как видно из таблицы, первую группу составили больные, у которых были более выраженные проявления сердечной недостаточности и осложнения ревматической болезни сердца. В данную группу включен 31 больной с СН IIБ и III стадии. Ряд больных страдали осложнениями пороков сердца, такими как: мерцательная аритмия тахисистолическая форма, сердечная астма, асцит, гидроторакс. Средний возраст больных составлял 47,6 лет.

Во вторую группу входили больные ХРБС с

умеренной степенью сердечной недостаточности. Данную группу составили, 18 больных с СН II А. У 7 больных была, нормосистолическая форма мерцательной аритмии. У них средний возраст составлял - 44,8 лет.

Анализ и экспертная оценка медикаментозных назначений проводилась с помощью клинко-фармакологической карты, разработанной на кафедре базисной и клинической фармакологии КГМА им. И.К. Ахунбаева. Проводился анализ следующих показателей на-

значений лекарственных средств:

1. Среднее число назначенных препаратов
2. Препараты, назначенные под Международным Непатентованным Наименованием (МНН).
3. Лекарственные средства (ЛС) назначенные парентерально (в/в, в/м, п/к).

4. Число назначенных антибактериальных препаратов

5. Назначенные препараты из Списка основных лекарственных средств Кыргызской Республики (СОЛС КР)

6. Контроль эффективности и безопасности медикаментозной терапии

7. Рациональность назначенных препаратов

Индикаторы назначения лекарств

1) % лекарств, выписанных из СОЛС КР $K = (J/V) \times 100\%$

J - Общее число прописанных ЛС, входящих в СОЛС

V - общее число прописанных ЛС

2) Число лекарств на 1 случай $C = V/A$

V - Общее число ЛС, A - число больных

3) % случаев, назначения антибиотиков $G = (F/A) \times 100\%$,

F - Число пациентов, которым прописаны антибиотики,

A - общее число больных.

4) % случаев, выписанных под МНН $E = (D/V) \times 100\%$,

D - ЛС, под МНН, V - общее число ЛС

5) % случаев выписывания инъекции $J = (N/A) \times 100\%$,

N - Число пациентов, которым назначены инъекции, A - общее число больных.

Результаты исследований и обсуждение

Больным 1-группы было назначено 47, а больным 2 – группы 53 разновидности лекарственных средств. Согласно концепции лекарственного обеспечения населения в список основных лекарственных средств должны включаться только те препараты, эффективность и безопасность которых подтверждена достоверными и адекватными данными, полученными в ходе клинических исследований (1). Как видно из таблицы № 2, ЛС назначенные из СОЛС КР составляют всего лишь 49,6 % в I гр., 52,9 % во II гр. Это говорит о том, что более половины ЛС выписываемых врачами, назначаются не в рамках Государственной лекарственной политики КР, что приводит к снижению качества лечения.

Таблица 2

Результаты экспертной оценки лекарственных назначений больным 1 и 2 группы.

Группы	ЛС назначенные из СОЛС КР в %	Число ЛС на 1 случай	% случаев, назначения антибиотиков	% случаев, выписанных ЛС под МНН	% случаев, выписанных ЛС в инъекциях
I гр. N=31	49,6	8,7	62	52,4	82,8
II гр. N=18	52,9	6,5	55,6	41,0	88,9

С целью облегчения обмена информацией, а также для обозначения и рекламирования лекарств, при международной торговле, со стороны ВОЗ проводится программа по отбору лекарственных средств по международным непатентованным наименованиям (МНН), которые представляют собой укороченные научные наименования активного ингредиента лекарственного средства. Нами выявлено, что ЛС, назна-

ченные под МНН составляют 52.4% и 41.0% соответственно в 1 и 2 группах. Возможными причинами таких низких показателей является не информированность врачей о СОЛС КР, и о МНН, недостаток навыков критической оценки информации о ЛС и как результат агрессивного продвижения ЛС дистрибьютерами фармакологических компаний среди врачей. Известно, что одной из причин развития нежелательных ре-

акций ЛС является путаница в названиях препаратов, которая имеет место при использовании ЛС под торговыми названиями.

Известно, что для лечения хронической СН применяются 3 группы лекарственных средств: инотропные средства (сердечные гликозиды), диуретики и вазодилататоры (2, 3)

Нами проводился анализ назначений 3-х основных лекарственных групп при сердечной недостаточности. Оказалось, что в первой группе все больные получали диуретики (фуросемид, верошпирон, налоксон). Мониторинг эффективности и безопасности их применения проводился адекватно - по состоянию водного баланса и по уровню электролитов, глюкозы крови и др. В 5 случаях дозировка верошпирона была неадекватно низкой. Сердечные гликозиды (дигоксин) использованы в 28 случаях из 31. В 6 случаях в/в, а 22- внутрь. Ни в одном случае не соблюдалась схема дигитализация. В 9 случаях из 28 дигоксин применялся в неадекватно низких дозах, несмотря на выраженную сердечную недостаточность и тахисистолическую форму мерцательной аритмии. Последнее служило основанием назначений антиаритмических препаратов с целью урежения ЧСС (верапамил в 7 случаях, атенолол (6) и дилатренд (4)), несмотря на дилатацию полостей сердца и низкую сократительную способность миокарда.

Из периферических вазодилататоров при выраженной сердечной недостаточности применялся нитроглицерин в/в капельно (в 52% случаях) и ингибиторы АПФ. Больные с мерцательной аритмией с целью профилактики тромбообразования в полостях сердца получали антиагреганты (в 18 случаях из 31).

Как видно из таблицы №2 антибиотики назначаются в 62,0 % случаях. Они назначались из-за сопутствующих заболеваний. Однако в 8 случаях из 25 не было четких показаний для назначения антибиотиков. Так же можно расценить и назначения нестероидных противовоспалительных средств – они назначены при отсутствии воспалительных явлений. Возможно, назначение антибиотиков больным с ХРБС продиктовано тем, что больные в предоперационном периоде имели высокий риск инфицирования нозокомиальной инфекцией. Следовательно, использование антибактериальных препаратов носит про-

филактический характер (4)

Анализ медикаментозной терапии 2 группы показал, что наиболее часто назначались диуретики (в 13 случаях из 18), периферические вазодилататоры (11 случаях), сердечные гликозиды (8). Несмотря на умеренно выраженную сердечную недостаточность, часто применяется нитроглицерин в/в, капельно (в 4 случаях из 5). В то же время часто использовался диуретик под торговым названием – клодифен, содержащий малые дозы гидрохлортиазида и спиронолактона. Как и в первой группе, более половины всех больных получали антибиотики (55,6% случаях).

Кроме основных препаратов больные обеих групп получали другие препараты (24 и 22 наименований соответственно в 1 и 2 группах) с не доказанной эффективностью. Возможно, это обусловлено нерациональным использованием основных ЛС и следует считать полипрагмазией.

Известно, что нерациональное использование основных лекарственных средств у больных с ХРБС с хронической сердечной недостаточностью осложненной мерцательной аритмией приводит к:

- снижению качества медикаментозного лечения и предоперационной подготовки
- растрате ресурсов и повышению стоимости медикаментозной терапии
- психосоциальным последствиям, так как пациенты полагаются на ненужные и малоэффективные лекарства

При нерациональном использовании антибиотиков наряду с вышеуказанными последствиями повышается риск нежелательного эффекта антибиотиков в виде неблагоприятных реакций, а также развивается бактериальная устойчивость к ним.

Выводы:

1. Практические врачи при лечении сердечной недостаточности мало используют ЛС из СОЛС Кыргызской Республики. ЛС часто используются под торговыми наименованиями.

2. Основные ЛС (диуретики, сердечные гликозиды, вазодилататоры) при лечении СН используются нерационально.

3. Часто используются ЛС с недоказанной эффективностью и не относящиеся к основным ЛС при лечении СН (44 %).

4. Антибиотики (32%) и нестероидные противовоспалительные средства зачастую используются без четких показаний.

ЛИТЕРАТУРА

1) Формуляр основных лекарственных средств Кыргызской Республики, под редакцией проф. Зурдинова А.З., г. Бишкек – 2003

2) Basic and Clinical Pharmacology. Department of cellular & Molecular Pharmacology University of

California, San Francisco 2004, Bertram G. Katzung, MD, PhD.

3) Клиническая фармакология и фармакотерапия, Ю.Б. Белоусов., В.С. Моисеев., В.К. Лепахин. Москва « Универсум», 1993. Стр. 125-133

4) Использование лекарственных средств у кардиохирургических больных. Голубкова Е., Денисова П., Усубалиев Н., Молдоисаева С.

Научно-практический журнал. Медицинские кадры XXI века. № 2,2007. стр. 23-26