

ТИПИЧНЫЕ ДЕФЕКТЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Гайнуллина Ю.И., Елисеева Е.В.,
Солодовников В.В., Лозинский Е.Ю.
ГОУ ВПО Владивостокский государственный
медицинский университет Росздрава,
ГУ ТФОМС ПК
Владивосток, Россия

Цель работы: Изучить типичные ошибки фармакотерапии при назначении лекарственных препаратов врачами первичного звена.

Материал и методы: в течение 2006 года ГУ ТФОМС ПК организована экспертиза качества оказываемой лекарственной помощи и рациональности назначений с привлечением внештатных экспертов. Для «унифицирования» экспертной оценки, программистом ГУ ТФОМС ПК была написана программа, позволяющая «выбирать» из базы препараты, стоимость которых превышала определенный пороговый уровень или пороговое количество назначенных препаратов за 1 месяц. В качестве экспертных карт использовались стандартные протоколы экспертиз.

Для участия в экспертизе привлекались врачи клинические фармакологи, имеющие стаж, первую или высшую врачебную категорию и/или ученую степень.

Результаты: при проведении экспертиз проанализировано 938 амбулаторных карт, в которых выявлено 1138 дефекта оформления выписки лекарственных средств.

Так, триметазидин назначался при: уремической кардиомиопатии, врожденных пороках развития сердца у детей, стенокардии III-IV функционального класса, в том числе и в комбинации с другими кардиометаболитами, что является расширением показаний к применению препарата. В одном случае респеридон назначен пациентке с диагнозом «сенильный склероз».

Другими отмеченными дефектами были: назначение лекарственных средств без дополнительных методов обследования, предусмотренных стандартом медицинской помощи, назначение лекарственных средств к заболеванию, не указанному в клиническом диагнозе, полипрагмазия, необоснованное назначение лекарственных средств.

Среди типичных ошибок фармакотерапии можно отметить.

1. Назначение лекарственного средства без записи осмотра врача в амбулаторной карте (симвастатин, триметазидин, альфакальцидол, милдронат, азитромицин, индапамид и др.).

2. Назначение лекарственного средства без указания способа приема/дозы (например, эналаприл 3 раза в сутки, тиктоцид «по схеме» и т.д.).

3. Назначение лекарственных средств без проведения дополнительных методов обследования, предусмотренных стандартом медицинской

помощи (например, назначение антибактериальных препаратов длительное время без определения чувствительности микрофлоры, назначение альфакальцидола без мониторинга кальция фосфорного обмена).

4. Отсутствие записи консультации узких специалистов, подтверждающих целесообразность выбора лекарственного препарата (нейролептики, иммуномодуляторы, альфакальцидол, селективные альфа-адреноблокаторы).

5. Назначение лекарственных средств при наличии противопоказаний.

6. Назначение лекарственных средств синонимов и аналогов по фармакотерапевтическому действию: одновременное применение НПВС в двух лекарственных формах (системно и местно), одновременно применение м-холинолитиков - атровент (ипратропия бромид)+спирива (тиотропия бромид) и др.

Указанные случаи являлись высокочастотными.

Вывод: работа врачей клинических фармакологов при проведении целенаправленной экспертизы фармакотерапии в рамках реализации программы ДЛЮ позволяет своевременно выявлять типичные ошибки фармакотерапии и предупреждать избыточное применение препаратов.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ ЛЕКАРСТВЕННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Елисеева Е.В., Гайнуллина Ю.И.,
Солодовников В.В., Преображенская О.В.
ГОУ ВПО Владивостокский государственный
медицинский университет, ГУ ТФОМС ПК
Владивосток, Россия

Цель работы: изучить структуру применения ЛС в динамике за 2005-2006 и 6 месяцев 2007 г. в рамках реализации программы по ДЛЮ в Приморском крае.

Материал и методы: с помощью языка запросов SQL сделана выборка из базы данных по отпущенным ЛС за 2005 – 2006 гг. Параллельно проанализирована структура заявки, представленной УЗО администрации г. Владивостока на 3 квартал 2007 года. После формирования выборки проведен ABC-VEN анализ.

Результаты: препараты, введенные в перечень в 2005 году, стали наиболее затратными по стоимости в структуре платежей фарморганизаций.

Топ десяти наиболее затратных препаратов (по МНН) выглядел следующим образом: триметазидин, интерферон альфа-2b, иматиниб, инсулин-изофан (человеческий генно-инженерный), эптаконг альфа (активированный), интерферон альфа-2a, эпоэтин бета, интерферон бета-1b, ин-

дапамид, инсулин растворимый (человеческий генно-инженерный).

По сравнению с Приморским краем, в России чаще назначали винпоцетин, панкреатин, хондроитин сульфат. В списке десяти самых затратных препаратов в Приморском крае один второстепенный препарат, в России – три препарата (триметазидин, винпоцетин, хондроитина сульфат).

В 2006 году в структуре десяти самых затратных первые позиции занимали гипотензивные препараты (амлодипин, периндоприл, индапамид, лизиноприл, эналаприл, фозиноприл, комбинация эналаприла и гидрохлортиазида, нифедипин). В десятке затратных препаратов восьмую позицию занимал триметазидин, девятую позицию – симвастатин.

Учитывая данные о том, что назначение препаратов не всегда было рациональным, есть случаи назначений без учета противопоказаний, по неустановленным показаниям и т.д., сложно отнести то или иное ЛС к определенному индексу: V (vital – жизненно важный), E (essential – необходимый) или N (non-essential – второстепенный).

Например, фозиноприл, периндоприл могут быть препаратами выбора у пациентов с неэффективностью или непереносимостью более дешевых ингибиторов АПФ; решения такого рода должны приниматься на коллегиальной основе.

В 2007 году отмечена положительная динамика. Так, при анализе заявки на III квартал по г. Владивостоку, можно отметить, что среди 10 наиболее затратных представлены только жизненно-важные и необходимые препараты. Самым затратным явился фактор свертывания крови (VIII). В списке десяти наиболее затратных препаратов лидирующие позиции занимают противоопухолевые препараты, инсулины, препарат для лечения бронхиальной астмы (салметерол+флутиказон). Кроме того, среди десяти самых затратных есть препараты для лечения редких, но крайне «дорогих» нозологий: болезни Гоше, рассеянного склероза, недостаточности гормона роста у детей. При этом общая стоимость заявленных препаратов превысила возможности бюджета. И поэтому необходима коррекция использования ЛС.

Выводы:

Необходима разработка стандартов терапии наиболее «затратных» и распространенных заболеваний, а так же технологических карт на наиболее затратные и часто назначаемые лекарственные препараты.

АНАЛИЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВРАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ ФАРМАКОЛОГОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Солодовников В.В., Елисеева Е.В., Гайнуллина Ю.И., Преображенская О.В.

*ГОУ ВПО Владивостокский государственный
медицинский университет, ГУ ТФОМС ПК
Владивосток, Россия*

Цель работы: изучить структуру ошибок фармакотерапии при реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения в Приморском крае в 2006г., и рекомендации, даваемые врачами клиническим фармакологами по результатам экспертизы

Материал и методы: В течение 2006 года в ГУ ТФОМС ПК организована экспертиза качества оказываемой лекарственной помощи с привлечением внештатных экспертов, врачей клинических фармакологов.

Результаты:

При проведении экспертиз проанализировано 938 амбулаторных карт, в которых выявлено 1138 дефекта. Основными дефектами фармакотерапии были:

- назначение лекарственных средств (ЛС) без дополнительных методов обследования, предусмотренных стандартом медицинской помощи (110);
- назначение ЛС к заболеванию, не указанному в клиническом диагнозе (110);
- полипрагмазия (104);
- необоснованное назначение ЛС (65);
- назначение ЛС без указания способа приема\дозы (87);
- нерациональное комбинирование ЛС (59);
- недостаточная оценка эффективности действия препарата (56);
- одновременное назначение 5 и более ЛС или более 10 ЛС за 1 месяц (47);
- политерапия (44);
- отсутствие возрастной корректировки доз у лиц пожилого или старческого возраста, а так же у больных с нарушением функции печени или почек (35);
- назначение ЛС без учета противопоказаний (34);
- назначение ЛС с неустановленной эффективностью (34); выписка лекарственных средств во время планового пребывания больного в стационаре (26);
- превышение курсовой дозы ЛС (25);
- необоснованное парентеральное применение ЛС в амбулаторных условиях (24);
- назначение ЛС без консультации узких специалистов (22);
- назначение ЛС, не входящих в стандарты лечения, без заключения ВК ЛПУ (3) и т.д.