



Ошибки фармакотерапии, связанные с нерациональным использованием лекарственных препаратов

Нуралиева Р.М.

Кафедра клинической фармакологии СамМИ

ABSTRACT: В процессе проведения фармако-терапевтического аудита историй болезни Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи выявлено, что многие лекарственные осложнения являются следствием медицинских ошибок. Чаще они встречались при проведении антибиотикотерапии.

KEYWORDS: медицинские ошибки, антибиотикотерапия, побочные реакции, нерациональное использование препаратов, пневмония.

В настоящее время в медицинскую практику внедряются большое число фармакологических препаратов, обладающих высокой биологической активностью. Это не только расширило возможности лечения, но и повысило риск нанесения вреда пациенту. Именно опасность развития тяжелых, подчас необратимых осложнений вследствие лекарственной терапии привлекают к проблеме безопасности использования лекарственных препаратов внимание практических врачей и пациентов.

Цель исследования: оценить рациональность и безопасность применения лекарственных средств. Пожилые пациенты являются той группой населения, которые наиболее часто страдают от лекарственных осложнений. Третью часть всех побочных реакций составляют потенциально предотвратимые осложнения иными словами, те реакции, которые можно избежать в условиях рационального использования препаратов.

Предотвратимые побочные реакции связывают с ошибками назначения и использования лекарственных препаратов, то есть с нарушениями рекомендаций инструкций по медицинскому применению лекарственных средств.

Результаты проведенных за последние годы фармако-эпидемиологических исследований позволяют говорить о том, что недооценка и запоздалое решение проблемы возникновения побочных эффектов чреваты развитием самых серьезных последствий. Затраты, связанные с побочными реакциями, составляют в разных странах от 5,5 до 17% общего бюджета лечебных учреждений. Опыт изучения проблемы побочного действия лекарств свидетельствует о том, что многие лекарственные осложнения являются следствием медицинских ошибок. При активном мониторинге использования лекарств в стационаре, среди ошибок в медицинской практике лидирующими являются ошибки выбора врачом лекарственного препарата и его дозы. Такого типа ошибки составили 56%. Второе место заняли ошибки, связанные с некорректным изменением дозы и длительностью применения лекарств – 34%. На долю неблагоприятных побочных эффектов из-за ошибок, допущенных средним медицинским персоналом и фармацевтическими работниками аптек, приходилось 10% неблагоприятных побочных эффектов.

Материалы и методы исследования. Проведен фармако-терапевтический аудит 1687 историй болезни больных, находившихся на лечении в отделениях СФ РНЦЭМП за период с 2017 по 2020 годы.

Обращает на себя внимание нерациональное использование антибиотиков, которые применялись у больных с наличием противопоказаний, без учета неблагоприятных последствий взаимодействия.

Ошибки в антибактериальной (АБ) терапии инфекций дыхательных путей имели наибольший удельный вес в структуре всех лечебно-тактических ошибок, которые оказывали существенное влияние на исход заболевания.

Результаты. Наиболее часто в антибактериальной терапии встречались следующие ошибки:

1. Наиболее распространённая ошибка – назначение антибактериальных препаратов при ОРВИ как в терапии, так и в педиатрии. При рините, остром ларингите, остром трахеите, остром бронхите, вызванных вирусами антибактериальные препараты не эффективны, но формируют лекарственную устойчивость. Назначение нистатина – он практически не всасывается из желудочно-кишечного тракта и не способен предотвратить грибковую суперинфекцию полости рта, дыхательных или мочевыводящих путей и половых органов. Часто врачи назначают антимиотики в случае обнаружения в полости рта или в моче грибов рода *Candida* и при этом не учитывают наличие или отсутствие симптомов кандидоза, а также факторов риска развития грибковой инфекции (тяжёлый иммунодефицит). Выделение грибов рода *Candida* из полости рта или мочевых путей пациентов в большинстве случаев служит свидетельством бессимптомной колонизации не требующей корригирующей противогрибковой терапии.

2. Ошибки в выборе АБ препарата. Определяющим фактором выбора препарата должен быть спектр природной активности антибиотика, необходимо, чтобы он охватывал основных возбудителей внебольничных инфекций. К макролидам, гентамицину, ранним фторхинолонам, тетрациклинам развивается высокая резистентность и низкая активность против *St.pneumoniae*. Оптимальным средством для лечения внебольничных инфекций дыхательных путей в настоящее время признаны β -лактамы антибиотики и новые фторхинолоны. Такие антимикробные средства, как пенициллины – амоксициллин, амоксициллин/клавуланат; пероральные цефалоспорины II поколения – цефуроксим, аксетил; макролиды; доксициклин – показаны только при атипичной пневмонии.

3. Ошибки при выборе АБ препарата в случае неэффективности первоначально выбранного АБ препарата. Оценка эффективности (или неэффективности) АБ терапии

выявляется в течении 48-72 часов с момента её назначения – это нормальная температура тела, уменьшение признаков интоксикации.

Ошибки при смене препарата – при отсутствии эффекта от β -лактамовых антибиотиков (пенициллины, цефалоспорины) у больного с внебольничной пневмонией позволяет предполагать развитие атипичной этиологии пневмонии (микоплазменной, хламидийной или легионеллезной) с учетом других клинических признаков.

Наличие признаков атипичной пневмонии делает обоснованным назначение АБ препаратов из группы фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин, офлоксацин), макролидов.

4. Ошибки в выборе режима дозирования АБ средств могут заключаться в назначении как недостаточной, так и избыточной дозы или неправильным режимом дозирования. Амоксициллин ранее рекомендованный в суточной дозе 1,0 - не эффективен, в современных рекомендациях – 1,5 и даже 3,0; для преодоления возможной резистентности к *S.pneumoniae* вводился ампициллин – внутривенно 2,0 в сутки, а рекомендуемая доза составляет по 1,0 4 раза в сутки. Амоксициллин/клавуланат назначался внутрь по 0,375 г 3 раза в сутки, вместо – 0,625 г – 3 раза в сутки. Кларитромицин внутрь принимался по 0,5 в сутки, вместо 0,5 - 2 раза в сутки. Ципрофлоксацин – по 0,5 - 1 раз в сутки, вместо рекомендованного 0,5 или 0,75 – 2 раза в сутки.

Неправильный выбор интервалов между введениями АБ препаратов связан с неосведомленностью врачей о некоторых фармакодинамических и фармакокинетических особенностях препаратов, которые должны определять режим их дозирования. При тяжелом течении пневмонии необязательно назначение АБ препаратов парентерально, так как современные АБ препараты характеризуются хорошей биодоступностью при приеме внутрь, а также одинаковой клинической эффективностью с парентеральными препаратами, поэтому в подавляющем большинстве случаев оправдано лечение пероральными препаратами. При необходимости парентерального введения АБ препаратов лучше назначать препараты с длительным периодом полувыведения (цефтриаксон).

5. В современной ситуации, при наличии большого арсенала высокоэффективных АБ препаратов показания к комбинированной АБ терапии значительно сужены и приоритет сохраняется за «монотерапией» (амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины II-III поколения, новые фторхинолоны). Основные показания к комбинированной терапии – тяжелое течение пневмонии, назначают парентеральные цефалоспорины III поколения, макролиды – для воздействия на вероятных атипичных микроорганизмов (легионелл, хламидий или микоплазмы).

6. Ошибки, связанные с длительностью АБ терапии и критериями клинической эффективности. В некоторых случаях проводится необоснованно длительная АБ терапия. Собственно воспалительная реакция легочной ткани, которая проявляется различными клинко-рентгенологическими признаками легочной инфильтрации, крепитирующими хрипами, повышением СОЭ при нормализации температуры тела и исчезновении или уменьшении признаков интоксикации регрессирует медленнее и не требует продолжения АБ терапии.

У некоторых больных после исчезновения признаков интоксикации и даже регрессии воспалительных изменений в легких в течение длительного времени может сохраняться слабость, потливость, субфебрильная температура – это обусловлено вегетативной дисфункцией после легочной инфекции (постинфекционная астения) и не требует АБ терапии, хотя разумеется, в каждом конкретном случае необходимо тщательное обследование больного и расшифровка всех имеющихся патологий.

Длительность АБ терапии бактериальных респираторных инфекций, обычно рекомендуемые сроки лечения составляют 3-4 дня после нормализации температуры, средние сроки лечения – 5-10 дней. При стафилококковой этиологии пневмонии рекомендуется более длительный курс АБ терапии 2-3 недели, при атипичной пневмонии (микоплазменная, хламидийная, легионеллезная) предполагаемая длительность лечения 10-14 дней.

Выводы. Изучение медицинских ошибок вообще и ошибок врачей в назначении лекарственных средств в частности свидетельствует о том, что в их основе лежат недостатки системы подготовки и усовершенствования медицинских кадров в области фармакотерапии, несвоевременное и недостаточное предоставление медицинским и фармацевтическим работникам необходимой информации о возможных неблагоприятных побочных эффектах медикаментов, а также недостатки в организации и функционировании систем контроля безопасности лекарств.

REFERENCES

1. Белоусов, Ю.Б. Общая и частная клиническая фармакокинетика / Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич. М.: Ремедиум, 2006. - 807 с.
2. Астахова, А.В. Методы выявления неблагоприятных побочных реакций (НПР) лекарств / А.В. Астахова, В.К. Лепахи, Е.В. Брайцева // Безопасность лекарств. 2000.
3. Галиуллин И.И., Зиганшина Л.Е. Республиканский формуляр лекарственных средств. Словарь-справочник торговых наименований, лекарственных форм и групповой принадлежности лекарственных средств. — Казань: Медицина, 2004.
4. Зиганшина Л.Е., Хазиахметова В.Н., Абакумова Т.Р., Александрова Э.Г. Ограничительные списки лекарственных средств, действующих на территории Республики Татарстан // Здоровоохранение. — 2012. — №2.
5. Лепахин В.К. Краткий отчет о работе за 2008 год Федерального центра мониторинга безопасности лекарственных средств Росздравнадзор // Безопасн. лекарств и фармаконадзор. — 2009. — №1.
6. Профилактика неблагоприятных побочных реакций: врачебная тактика рационального выбора и применения лекарственных средств / Под ред. В.Г. Кукеса. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.