

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ, НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В. В. Гацан, С. Б. Давидов, Т. И. Кабакова

*Пятигорская государственная фармацевтическая академия*

Изучены фармацевтические аспекты рациональной лекарственной терапии стационарных больных, пострадавших при чрезвычайных ситуациях. Обоснован перечень лекарственных средств для лечения больных в хирургическом отделении госпиталя. Определена стоимость курсовой лекарственной терапии.

### ВВЕДЕНИЕ

Фармакоэкономический анализ является эффективным методом, способствующим принятию оптимальных решений в сфере лекарственного обеспечения. Это особенно важно при оказании медицинской и лекарственной помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях в условиях недостаточного финансирования лечебных учреждений [1].

Лекарственная помощь населению в условиях чрезвычайных ситуаций осуществляется на основании действующих в Российской Федерации нормативных документов, регулирующих лекарственное обеспечение на уровне всех субъектов фармацевтического рынка [6].

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительный, ретроспективный, социологический, статистический, моделирование и др.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди нуждавшихся в оказании медицинской помощи после различных чрезвычайных ситуаций наибольший процент составляли пострадавшие хирургического профиля, которым показана антибактериальная терапия [4].

В последнее время отмечается несоответствие рекомендаций Минздравсоцразвития РФ по нормам запасов медицинского имущества, применяемого при чрезвычайных ситуациях, с практическим использованием лекарственных препаратов в области антибактериальной терапии. Причем затраты на антибиотики составляют более половины от всех затрат на лекарственные средства [5].

Исследования в области профилактики внутригоспитальных инфекций антибиотиками пока-

зали, что она нередко проводится слишком долго (более 48 ч) и не теми лекарственными препаратами, которые могут быть рекомендованы. Это способствует не только резкому увеличению стоимости лечения, но и росту резистентности возбудителей к антибиотикам.

Именно принципы «доказательной медицины» должны использоваться при составлении формуляров лекарственных препаратов и стандартов лечения больших, пострадавших при чрезвычайных ситуациях [2, 3].

Критериями оценки эффективности лекарственных препаратов в данном случае должны служить показатели качества жизни больного (все аспекты физических, психических и социальных возможностей человека и их изменения под влиянием болезни).

Одним из инструментов исследования качества жизни больных послужил разработанный нами опросник, который содержал четыре блока вопросов: оценка физического состояния, социальный статус, эмоциональный фон, общая оценка здоровья и благополучия.

Обследование больных было проведено в госпитале Северо-Кавказского военного округа, так как 95% больных, пострадавших в результате катастроф, поступают сюда на лечение из всех субъектов Южного Федерального округа, в том числе около 20% хирургических больных.

Для динамического наблюдения за изменениями параметров качества жизни больных на протяжении послеоперационного периода были определены контрольные точки исследования: 1 — 3 суток после операции, 2 — 5 суток, 3 — 8 суток, 4 — 11 суток, 5 — 16 суток, 6 — 25 суток, 7 — 30 суток после операции.

Выбор данных контрольных точек был обусловлен необходимостью максимально полноцен-

ного контроля за изменением качества жизни на всем протяжении послеоперационного периода у хирургических больных.

В качестве респондентов для заполнения опросников были взяты 20 больных, перенесших операции после травм в районе чрезвычайных ситуаций. Схемы лечения данных пациентов отличались, в основном, использованием в раннем послеоперационном периоде различных антибактериальных средств.

В результате изучения сроков лечения пациентов, схем их лечения при определенной схожести диагнозов — минно-взрывные ранения, удалось выявить три группы пациентов с различными сроками и сходными схемами лечения: 1 группа — пациенты со сроком лечения в послеоперационном периоде 16—18 суток с последующим переводом в команду выздоравливающих; 2 группа — пациенты со сроком лечения 24—25 суток; 3 группа — пациенты со сроком лечения 29—30 суток. В первой группе использовались в качестве монотерапии высокоэффективные антибиотики группы карбапенемов (имипенемы и меропенемы), во второй группе — аминогликозиды и фторхинолоны, в третьей группе — цефалоспорины второго-третьего поколения и аминогликозиды.

Анализ стоимости лекарственных средств на курс лечения показал, что в контрольной группе (лечение больных проводилось антибиотиками, рекомендованными нормами резерва, — гентамицин и ампициллин) самая низкая стоимость, хотя качество жизни больных ниже, чем во всех трех группах. На втором месте по стоимости стоит 2 группа и далее 1 и 3 группы.

Наилучшие результаты лекарственной терапии больных, пострадавших при чрезвычайных ситуациях, с различными комбинациями антибактериальных средств получены в схеме лечения с применением антибиотиков класса карбапенемов. При этом достигается более высокое качество жизни больных и сокращаются сроки лечения с 40 до 16

дней, снижается стоимость лечения с 85 до 55 тысяч рублей по сравнению со схемой лечения, в которой использовались антибиотики, рекомендуемые нормами неснижаемых запасов для пострадавших при чрезвычайных ситуациях.

Составлен перечень лекарственных средств для лечения одного больного в хирургическом отделении в ранний послеоперационный период. В перечень включены 28 наименований лекарственных средств из 15 фармакотерапевтических групп на сумму 42291 руб. С использованием нормативного метода рассчитан прогноз потребности и составлена заявка в антибиотиках класса карбапенемов для оказания всех видов медицинской помощи пострадавшим и больным.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Алеценкова Е.Г.* Организационные подходы к проведению фармакоэкономических исследований / Е.Г. Алеценкова, Л.В. Кобзарь // Экон. вестн. фармации. — 2001. — №4. — С. 87—89.
2. *Белоусов Ю.Б.* Фармакоэкономика начинается с формуляра / Ю.Б. Белоусов // Фармац. вестн. — 2000. — №2. — С. 6.
3. *Быков А.* Фармакоэкономика как инструмент гармоничного развития рынка / А. Быков // Ремедиум. — 2002. — №4. — С. 36—39.
4. *Галицкий В.Ф.* Отдельные аспекты лекарственного обеспечения стационарных больных / В.Ф. Галицкий, С.Б. Давидов, А.Г. Скибо // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции (58; 2003; Пятигорск): сб. науч. тр. — Пятигорск, 2003. — С.413—414.
5. *Гацан В.В.* Совершенствование лекарственного обеспечения многопрофильного лечебного учреждения при возникновении чрезвычайной ситуации / В.В. Гацан, С.Б. Давидов // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции (59; 2004; Пятигорск): сб. науч. тр. — Пятигорск, 2004. — С. 359—360.
6. *Мирошниченко Ю.В.* Роль и место фармакоэкономических стандартов в системе управления лекарственным обеспечением / Ю.В. Мирошниченко, И.А. Наркевич // Экон. Вестн. Фармации. — 2002. — №7. — С.45—50.