

Руководство по надлежащему назначению лекар- ственных средств



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Программа Действий по Основным Лекарственным Средствам

Всемирная Организация Здравоохранения © 1997

Этот документ не является официальной публикацией Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) но все права принадлежат Организации. Несмотря на это, документ можно частично или полностью перепечатывать, переводить, рецензировать, отрывками или полностью, но не для продажи или в иных коммерческих целях. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

РУКОВОДСТВО ПО НАДЛЕЖАЩЕМУ НАЗНАЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Практическое пособие



Всемирная Организация Здравоохранения

Программа Действий по Основным Лекарственным Средствам

Женева

Авторы:

Т.Р.Г.М. де Вриес¹
Р.Г. Хеннинг
Г.В. Хогерзейл²
Д.А. Фриесл

С участием Ф.М. Гаайер–Рускамп и Р.М. ван Гилст

¹ Департамент клинической фармакологии, медицинский факультет, Гронингенский Университет, Нидерланды (Центр Сотрудничества ВОЗ по Фармакотерапии, обучению и стажировке)

² ВОЗ, Программа действий по основным лекарственным средствам

БЛАГОДАРНОСТИ:

Авторы выражают глубокую признательность следующим лицам, без участия которых эта книга бы не состоялась: S.R. Ahmad (Pakistan), A. Alwan (WHO), F.S. Antezana (WHO), J.S. Barua (India), W. Bender (Netherlands), L. Bero (USA), S. Berthoud (France), K. Besseghir (Iran), C. Boelen (WHO), P. Brudon–Jakobowicz (WHO), P. Bush (USA), M.R. Couper (WHO), M. Das (Malaysia), C.T. Dollery (United Kingdom), M.N.G. Dukes (Netherlands), J.F. Dunne (WHO), H. Fraser (Barbados), M. Gahir (Sudan), B.B. Gaitonde (India), W. Gardjito (Indonesia), M. Helling–Borda (WHO), A. Herxheimer (United Kingdom), J. Idnррдп–Heikkild (WHO), K.K. Kafle (Nepal), Q.L. Kintanar (Philippines), M.M. Kochen (Germany), A.V. Kondrachine (WHO), C. Kunin (USA), R. Laing (Zimbabwe), C.D.J. de Langen (Netherlands), V. Lepakhin (USSR), A. Mabadeje (Nigeria), V.S. Mathur (Bahrain), E. Nangawe (Tanzania), J. Orley (WHO), M. Orme (United Kingdom), A. Pio (WHO), J. Quick (USA), A. Saleh (WHO), B. Santoso (Indonesia), E. Sanz (Spain), F. Savage (WHO), A.J.J.A. Scherpbier (Netherlands), F. Siem Tjam (WHO), F. Sjöqvist (Sweden), A. Sitsen (Netherlands), A.J. Smith (Australia), J.L. Tulloch (WHO), K. Weerasuriya (Sri Lanka), I. Zebrowska–Lupina (Poland), Z. Ben Zvi (Israel).

Следующие лица оказали неоценимую помощь в редактировании и первом чтении этой книги: J.S. Barua (India), L. Bero (USA), K.K. Kafle (Nepal), A. Mabadeje (Nigeria), B. Santoso (Indonesia), A.J. Smith (Australia).

Иллюстрации: В. Cornelius (с любезного разрешения Vademecum); P. ten Have; и Th.P.G.M. de Vries.

Перевод на русский язык осуществлен Программой по Фармацевтическим Препаратам Европейского Регионального Бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания
Перевод: А.Оганесян; **Редакция:** Н. Менабде, К. Бутко © 1997

Содержание

	Стр.
Зачем Вам нужна эта книга.....	7
Часть 1: Обзор.....	10
Глава 1: Процесс рационального лечения.....	11
Часть 2: Выбор Вашего П (Персонального) лекарственного средства.....	16
Глава 2: Введение в П–лекарственные средства.....	17
Глава 3: Пример отбора П–лекарственного средства: стенокардия.....	19
Глава 4: Руководство для выбора П–лекарств.....	26
Глава 5: П–лекарства и П–лечение.....	34
Часть 3: Лечение Ваших больных.....	37
Глава 6: Ступень 1: Определение проблем больного.....	38
Глава 7: Ступень 2: Определение задач лечения.....	42
Глава 8: Ступень 3: Проверка приемлимости Вашего П–лекарственного средства.....	44
Глава 9: Ступень 4: Выписывание рецепта	56
Глава 10: Ступень 5: Информирование, инструктирование и предостережение пациентов.....	61
Глава 11: Ступень 6: Наблюдение за ходом лечения (его прекращение?).....	68
Часть 4: Как быть в курсе всех новейших достижений в области лекарственных средств?	72
Глава 12: Как быть в курсе всех новейших достижений в области лекарственных средств.....	73
Приложения.....	81
Приложение 1: Основы фармакологии в ежедневной практике.....	82
Приложение 2: Основные литературные источники.....	89
Приложение 3: Использование некоторых лекарственных форм на практике...	91
Приложение 4: Использование инъекций.....	104

Список наглядных примеров с больными:

	Стр.
1. Таксист с жалобами на сухой кашель.....	11
2. Стенокардия.....	20
3. Ангина.....	38
4. Ангина, ВИЧ.....	39
5. Ангина, беременность.....	39
6. Ангина, хроническая диаррея.....	39
7. Ангина.....	39
8. Полипрагмазия.....	39
9. Девочка с диарреей.....	42
10. Ангина, беременность.....	42
11. Бессонница.....	42
12. Усталость.....	42
13. Астма и гипертония.....	45
14. Девочка с острым приступом астмы.....	46
15. Беременная женщина с абсцессом.....	46
16. Мальчик с пневмонией.....	46
17. Диабет и гипертония.....	47
18. Рак легких, последняя стадия.....	47
19. Хронический ревматизм.....	48
20. Депрессия.....	48
21. Депрессия.....	51
22. Ребенок с лямблиозом.....	51
23. Сухой кашель.....	52
24. Стенокардия.....	52
25. Бессонница.....	52
26. Профилактика малярии.....	52
27. Мальчик с обострением конъюнктивита.....	52
28. Слабость, анемия.....	53
29. Мальчик с пневмонией.....	58
30. Застойная сердечная недостаточность и гипертония.....	59
31. Мигрень.....	59
32. Рак поджелудочной железы, последняя стадия.....	59
33. Застойная сердечная недостаточность и гипертония.....	61
34. Депрессия.....	63
35. Вагинальный трихомоноз.....	64
36. Первичная артериальная гипертония.....	64
37. Мальчик с пневмонией.....	64
38. Мигрень.....	64
39. Пневмония.....	68
40. Миалгия и артрит.....	68
41. Умеренная гипертония.....	68
42. Бессонница.....	69

Зачем Вам нужна эта книга

Уже с самого начала клинического обучения многие студенты понимают, что у них нет четкого представления о том, как правильно назначать лекарственные средства и какого рода информацию следует давать пациенту. Причиной этой ситуации обычно является то, что обучение фармакологии в основном носило скорее теоретический, чем практический характер. Скорее всего материалы были больше сконцентрированы на лекарственных средствах и на показаниях к применению, на побочных действиях различных лекарственных средств. В клинической практике должен быть применен как раз обратный подход, т.е. от диагноза к лекарственному средству. Более того, пациенты различаются по полу, возрасту и социо-культурным характеристикам, и все это может иметь значение при выборе методов лечения. Пациенты также имеют свое собственное мнение о надлежащем лечении и должны быть полноправными партнерами в процессе лечения. Всему этому не учат в медицинских институтах, и количество часов, отведенных на клиническую медицину гораздо меньше, чем на обучение традиционной фармакологии.

Клиническое обучение студентов выпускных курсов больше сфокусировано на диагностике, чем на развитии терапевтических навыков. Иногда от студентов ожидают, что они перенимут практику назначения лекарственных средств у своих преподавателей или из имеющихся стандартных рекомендаций по лечению безо всяких объяснений, почему именно это лечение было выбрано. В этом случае книги тоже небольшая подмога. В справочниках по фармакологии и формулярах, как правило, в центре внимания находятся лекарственные препараты, и хотя учебники по клинической практике и рекомендации по лечению концентрируют свое внимание на заболевании и дают рекомендации по лечению, в них редко встречается мотивация выбора лечения. Различные источники могут давать противоположные советы.

Результатом такого обучения фармакологии является то, что несмотря на полученные знания, практические навыки назначения лекарственных средств остаются на низком уровне. При проверке встречались случаи, когда выпускники в половине случаев выбирали неподходящее или сомнительное лекарство, одну треть из общего числа рецептов выписывали неправильно, в двух третьих случаев не смогли разъяснить пациенту важнейшую информацию. Некоторые студенты полагают, что они поднимут качество своих навыков по назначению лекарственных средств после окончания медицинского института, но практика показала, что, несмотря на приобретение опыта в целом, навык назначения не намного улучшается после окончания.

Неправильное назначение лекарственных средств ведет к неэффективному и небезопасному лечению, обострению и увеличению продолжительности заболевания, стрессу и травмированию пациента, а также дорого стоит. Это также делает лицо, назначающее лекарственное средство, легко попадающим под влияние и способным к иррациональному назначению под нажимом пациента, следуя плохому примеру коллеги или всесильных торговых агентов. Изменить уже укоренившуюся практику назначения лекарства очень трудно. Именно поэтому так необходимо обучение правильной системе назначения **до того, как** неправильная укоренится.

Эта книга напрямую предназначена для студентов медицинских институтов выпускных курсов, которые переходят на клиническую фазу обучения. Здесь шаг за шагом приводятся рекомендации по процессу рационального назначения лекарственных средств, сопро-

вождаемые иллюстративными примерами. Здесь обучают навыкам, столь необходимым в клинической практике. Выпускники и практикующие врачи могут также воспользоваться этим руководством, как источником новых знаний и, возможно, как средством для усовершенствования.

Содержание книги – это десятилетний опыт, накопленный на курсах фармакотерапии для студентов Медицинского Факультета Гронингенского Университета (Нидерланды). Проект книги был рецензирован большим числом международных экспертов в области преподавания фармакотерапии и в дальнейшем апробирован в медицинских школах в Австралии, Индии, Индонезии, Непала, Нидерландов, Нигерии и США (см. дополнение 1).

Дополнение 1:

**Апробирование Руководств по Надлежащему Назначению
Лекарственных Средств в семи университетах**

Эффективность использования Руководства по Надлежащему Назначению Лекарственных Средств была проверена на кратковременных курсах по повышению квалификации в фармакотерапии с участием 219 студентов выпускных курсов медицинских школ в Гронингене, Катманду, Аргосе, Нью-Кастле (Австралия), Нью-Дели, Сан-Франциско и Джакарте. Эффективность была проверена путем трех тестирований, в каждом из которых содержался один открытый и один структуральный вопросы, касающиеся медикаментозного лечения при боли на примере пациента. Тестирование было проведено до курсов, после них и через шесть месяцев.

После завершения курсов студенты работали гораздо успешнее по сравнению с контрольной группой по всем рассмотренным проблемам больных ($p < 0.05$). Это касалось всех новых и старых проблем пациента в тестах, а также прохождения всех шести ступеней рутинной работы по решению проблемы. Студенты не только помнили, как решить обсужденную ранее проблему (эффект запоминания), но также использовали эту информацию для решения проблем других пациентов (эффект передачи). Во всех семи университетах эти эффекты сохранялись по меньшей мере в течение шести месяцев после окончания курсов.

Это пособие сконцентрировано на самом процессе назначения. Оно дает Вам возможность думать самим, а не следовать слепо тому, что делают и что думают другие. Это пособие поможет Вам глубже узнать, почему были выбраны определенные национальные и специализированные рекомендации по лечению. Это пособие может быть использовано для самостоятельного обучения, на основе систематического подхода, приведенного ниже, и как часть официального обучения.

Часть 1: Процесс рационального лечения

Обзорная часть шаг за шагом ведет Вас от проблемы к ее решению. Рациональное лечение требует логического подхода и здравого смысла. После ознакомления с этой частью Вы узнаете, что назначение лекарственного средства является частью процесса, который включает много других компонентов, таких, как определение целей лечения и информирование пациента.

Часть 2: Выбор Вашего П-лекарства

Эта часть книги посвящена принципам отбора лекарственных средств и их применения на практике. Эта часть научит Вас составлять собственный перечень тех лекарственных средств, которые Вы будете назначать регулярно и с которыми Вы познакомитесь. Эти средства будут называться вашими П(Персональными) лекарственными средствами. Очень часто Вам придется обращаться к существующим учебникам по фармакологии, национальным справочникам и к различным рекомендациям по лечению. После ознакомления с этой частью книги, Вы будете знать, на каком лекарственном средстве остановить свой выбор при лечении конкретной болезни или недомогания.

Часть 3: Общение с пациентами

В этой части книги показывается, как надо обращаться с пациентом. Каждая ступень этого процесса описана в отдельной главе. На практических примерах Вас обучают выбирать, назначать и осуществлять мониторинг лечения, а также, как лучше общаться с пациентами. После ознакомления с этим материалом, Вы будете готовы осуществить на практике все то, чему Вы научитесь.

Часть 4: Быть в курсе последних достижений

Чтобы стать хорошим врачом и остаться им, Вы должны уметь работать с новейшей информацией о лекарственных средствах. В этой части Вы найдете описание положительных и отрицательных сторон различных источников информации.

Приложения

Приложения содержат краткий обзор основных принципов фармакологии в ежедневной практике, список основной справочной литературы, набор информационных инструкций для пациентов, а также тестовый лист вопросов при назначении инъекций.

Предупреждение

Даже если Вы не всегда согласны с выбором методов лечения в некоторых примерах, очень важно запомнить, что назначение лекарственного средства – это часть логического дедуктивного процесса, основанного на всеобъемлющей и объективной информации. Этот процесс не должен носить характер паттерного рефлекса или рецепта из “Пособия по кулинарии” или быть ответом на давление коммерческих структур.

Наименование лекарственных средств

Учитывая важность обучения студентов употреблению генерических (воспроизведенных) наименований в пособии повсеместно употребляются Международные Непатентованные Наименования (МНН).

Часть 1: ОБЗОР

В качестве вступления к основной книге, эта часть представляет обзор логического процесса назначения лекарства. Простой пример с водителем такси с кашлем, чередуется с анализом того, как была разрешена проблема пациента. В первую очередь обсуждается процесс выбора первоочередных мер лечения, который постепенно, шаг за шагом сменяется обзором процесса рациональной терапии. Детали каждого этапа описаны в соответствующих главах.

Глава 1	Стр.
Процесс рационального лечения.....	11
Что является Вашим первым выбором при лечении сухого кашля.....	12
Процесс рационального назначения.....	13
Заключение.....	15
Резюме.....	15

Глава 1

Процесс рационального лечения

Данная глава представляет собой первичный обзор процесса выбора фармакотерапии. Этот процесс проиллюстрирован на примере пациента с сухим кашлем. Данная глава сконцентрирована на принципах поэтапного способа отбора лекарств и не должна быть рассмотрена как руководство по лечению сухого кашля. На самом деле, лица назначающие лекарственные средства¹ (врачи), могут выразить сомнение о необходимости использования лекарств вообще. Каждый этап этого процесса подробно обсуждается в соответствующих главах.

Хороший научный эксперимент следует довольно жесткой методологии с определением проблемы, гипотезой, экспериментом, результатом и процессом верификации. Этот процесс и, в особенности, этап верификации подтверждает достоверность результатов. Того же принципа следует придерживаться при лечении больных. Во-первых, нужно внимательно определить в чем суть проблем пациента (диагноз). После этого Вы должны выделить цель лечения и выбрать из различных альтернативных то лечение, которое доказано, как самое эффективное и безопасное. Затем Вы начинаете лечение, например, с разборчивого выписывания рецепта и четкого информирования и инструктирования пациента. Некоторое время Вы наблюдаете за результатом лечения, и только после этого Вы будете знать, было ли оно успешным. Если проблема была решена, лечение можно приостановить. Если нет, Вам надо пересмотреть все его этапы.

Пример: пациент 1

*Вы находитесь у врача широкого профиля и наблюдаете следующий случай:
52^x - летний водитель такси жалуется на ангину и кашель, который начался две недели назад с простуды. Чиханье прекратилось, но кашель, особенно ночной, продолжается. Пациент заядлый курильщик, которому не раз советовали бросить курить. Дальнейшее наблюдение не выявило ничего специфического, кроме воспаления в горле. Врач снова советует пациенту бросить курить и выписывает рецепт на применение таблеток кодеина 15 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течении 3 дней.*

Давайте поближе рассмотрим этот пример. Когда Вы наблюдаете за опытным врачом, процесс выбора лечения и выписки рецепта кажется простым. Он быстро реагирует и обычно быстро решает, что надо предпринять. Но не старайтесь имитировать такое поведение на данном этапе Вашего обучения. Выбор лечения намного труднее, чем это кажется и, чтобы накопить опыт, Вы должны систематически работать.

Фактически, при выборе лечения, существуют две важные стадии. Вы начинаете с обдумывания Вашего первичного лечения, которое является результатом тщательного процесса отбора, проведенного ранее. Второй этап – это процесс удостоверения, подходит ли

¹ Под термин “лица назначающие лекарственные средства” могут подходить не только врачи, но и другие представители медицинских профессий. В этой книге, для краткости, они будут называться коротко – врачи.

Ваш выбор к данному пациенту. Итак, для того, чтобы продолжить, мы должны определить наш первый выбор лечение сухого кашля.

Что является Вашим первым выбором при лечении сухого кашля?

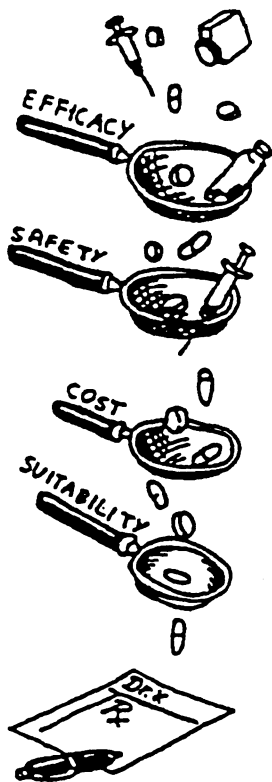
Вместо того, чтобы пересматривать всевозможные лекарства для лечения сухого кашля, Вы должны решить заранее, на чем остановить Ваш выбор. Общий подход включает в себя определение цели лечения, инвентаризацию возможных методов лечения, выбор Вашего “П (Персонального) лечения”, на основе сравнительного анализа эффективности, безопасности, соответствия и стоимости. Процесс Вашего П-лечения резюмирован в этой главе и будет более детально обсуждаться в части 2 данного пособия.

Определение цели лечения

В рассматриваемом примере это выбор П-лечения для подавления сухого кашля.

Поиск возможных методов лечения

В общем, существуют четыре возможных подхода: информирование или совет; безмедикаментозное лечение; лекарственная терапия и направление к врачу-специалисту. Комбинации также не исключаются.



При сухом кашле можно информировать и консультировать с объяснением, что слизистые оболочки не заживают из-за кашля, и надо посоветовать пациенту избегать дальнейшего раздражения курением или выхлопными газами на дорогах. Специфичного безмедикаментозного лечения данного состояния не существует, но есть несколько лекарств для лечения сухого кашля. Вы должны сделать Ваш личный выбор еще на студенческой скамье и изучить П-лекарства досконально. В случае с сухим кашлем опиатный препарат для угнетения кашля или седативный антигистаминный препарат могут рассматриваться как потенциальные П-лекарства. Последним лечебным подходом является направление пациента на дальнейшие анализы и к специалисту. Но на начальном этапе лечения сухого кашля в этом нет необходимости. Если кратко, то лечение сухого кашля может состоять из консультации как избежать раздражения легких, и/или подавления кашля медикаментозным способом.

Выбирайте свое П-лечение на основе эффективности, безопасности, приемлемости и стоимости.

Следующим этапом является сравнение альтернативных способов лечения. Чтобы осуществить это научно обоснованно и объективно необходимо принять во внимание следующие критерии: эффективность, безопасность, соответствие и стоимость.

Если пациент хочет и может последовать совету и во избежание раздражения легких воздержаться от курения и других факторов, то это будет терапевтически очень эффективно, т.к. воспаление слизистой оболочки пройдет через несколько дней. Это кроме того безопасно и дешево. Хотя дискомфорт от никотиновой абстиненции может заставить заядлого курильщика проигнорировать совет.

Депрессанты кашля, такие, как кодеин, носкапин, фолкодеин, декстрометорфан и более сильные опиатные такие, как морфин, диаморфин и метадон эффективно подавляют кашлевой рефлекс. Это дает возможность регенерации слизистой оболочке, хотя эффект будет менее значительным, т.к. легкие все еще раздражены. Наиболее распространенные побочные эффекты – запор, головокружение и седативный эффект. В больших дозах они даже могут угнетать дыхательный центр. Если прием продолжается довольно долго, то может развиться привыкание. Седативные антигистаминные препараты, такие как дифенгидрамин используются как депрессивный компонент во многих комбинированных препаратах от кашля; они вызывают сонливость и их эффективность сомнительна.

Оценка всех этих факторов и есть самый трудный этап, и именно здесь Вы должны принять свое собственное решение. Хотя значение большинства данных довольно понятно, работа по назначению лечения и рекомендаций варьируется в зависимости от социально-культурного уровня и наличия различных альтернативных подходов при лечении. Итак, цель данного пособия научить **как**, а не **что** выбрать в спектре возможностей существующей системы здравоохранения.

Глядя на приведенные здесь две группы лекарственных препаратов, можно сделать вывод, что существует не так много альтернатив для лечения сухого кашля. Да и многие врачи не согласились бы использовать лекарства. Это очень часто справедливо к составам против кашля и простуды, имеющимся на сегодняшний день на рынке. Что бы то ни было, хотя бы ради этого примера мы можем сделать вывод, что непродуктивный сухой кашель может быть дискомфортным и его устранение на короткий промежуток может привести к хорошим результатам. С точки зрения большей эффективности остановим свой выбор на лекарственном средстве из группы опиатных анальгетиков.

Внутри этой группы кодеин, возможно – лучший выбор. Он выпускается в форме таблеток и сиропа. Носкапин чреват тератогенным действием; он не включен в Британский Национальный Фармакологический справочник, но доступен в других странах. Фолкодеин не выпускается в таблетках. Ни один из этих препаратов не включен в примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств. Более сильные опиатные анальгетики, в основном, назначаются на терминальной стадии лечения.

На основе этих данных мы предложим следующее лечение первого выбора (Ваше П-лечение). Для большинства пациентов с после простудным сухим кашлем консультация, совет будет эффективным, если он практичен и приемлем для пациента. Совет, конечно, безопаснее и дешевле, чем лекарство, но если пациенту не станет лучше через неделю, можно назначить кодеин. Если лечение медикаментами не даст результатов через неделю, в этом случае следует пересмотреть диагноз и удостовериться, что пациент правильно следовал указаниям врача.

Кодеин – это наше П-лекарство при сухом кашле. Стандартная доза для взрослых 30–60 мг 3–4 раза в день (Британский Национальный Фармакологический справочник). Носкапин и фолкодеин могут быть альтернативными препаратами.

Процесс рационального назначения лекарств

Теперь, когда нами было определено П-лечение для сухого кашля, мы можем посмотреть процесс рационального назначения в целом. Этот процесс состоит из 6 ступеней, каждая из которых вкратце обсуждается с использованием примера нашего пациента с сухим кашлем. Каждая ступень обсуждена детально в разделе 3.

Ступень 1: Определение проблемы пациента

Проблема пациента может быть описана как сухой кашель и ангина. Это симптомы, значимые для пациента, но с точки зрения врача могут быть и другие опасения и беспокойства. Проблема пациента может быть переведена в предварительный диагноз, как стойкий сухой кашель в течение двух недель после перенесенной простуды. Может существовать по крайней мере 3 причины. Наиболее вероятно, что слизистая оболочка бронхов была поражена во время простуды и поэтому легко раздражается. Вторичная бактериальная инфекция тоже возможна, но маловероятна (нет жара, нет зеленой или желтоватой мокроты). Еще маловероятнее, что кашель вызван опухолью в легких, хотя и это нужно учесть, если кашель стойкого характера.

Ступень 2: Определение цели лечения

Длительное раздражение слизистой оболочки является наиболее вероятной причиной кашля. Первой целью лечения должно быть приостановление процесса раздражения путем подавления кашля, чтобы дать возможность регенерироваться слизистой оболочке.

Ступень 3: Проверьте, что Ваше II–лечение подходит данному больному

Вы уже определили Ваше II–лечение – самое эффективное, безопасное, подходящее и дешевое при лечении сухого кашля в общем. Но сейчас Вам надо удостовериться, подходит ли Ваше II–лечение, в частности, данному конкретному пациенту: является ли оно эффективным и безопасным в этом случае?

Кодеин эффективен и его удобно принимать в виде таблеток по несколько раз в день. Однако, есть проблема, т.к. пациент таксист, а кодеин имеет выраженный седативный эффект. Поэтому предпочтительнее найти депрессант кашля без седативного эффекта.

Наши две альтернативы из группы опиатных анальгетиков (носкапин, фолкодин) дают тот же побочный эффект; это часто случается. Антигистаминные препараты даже более седативны и, вероятно, менее эффективны. Отсюда мы можем сделать вывод: может быть лучше вообще не назначать никаких лекарств. Ну а если мы считаем, что лекарство необходимо, кодеин будет наиболее подходящим, но по возможности в более низкой дозе и только в течение нескольких дней.

Ступень 4: Начало лечения

В первую очередь надо дать совет с объяснением. Будьте кратки и употребляйте слова, доступные (понятные) пациенту. Затем можно назначить: **Rp.:** кодеин 15 мг.: 10 таблеток по одной таблетке три раза в день; дата; подпись; имя; адрес и возраст пациента, а также номер страхового полиса (если есть). Пишите разборчиво!

Ступень 5: Подача информации, инструктирование и предупреждения

Пациента надо информировать о том, что кодеин подавляет кашель, время его действия 2–3 часа, что он может быть причиной запора и что он вызывает сонливость, если доза будет превышена или принят алкоголь. В случае, если кашель не пройдет, или в случае сильных побочных явлений, ему следует посоветовать через неделю снова прийти на консультацию. И наконец, больному надо посоветовать четко придерживаться графика приема и не

употреблять алкоголь. Будет хорошо попросить его вкратце, собственными словами, повторить ключевую информацию для полной уверенности, что он все правильно понял.

Ступень 6: Наблюдение за ходом лечения (его прекращение?)

Если пациент не пришел снова, то вероятно ему стало лучше. Если же никаких улучшений нет и он снова пришел на прием, то существует три вероятных причины:

- лечение было неэффективным
- лечение было не безопасным, например, из-за побочных явлений
- лечение было неудобным, например, было трудно придерживаться схемы приема или вкус лекарства был неприятен.

Комбинации причин также возможны.

Если у пациента остались симптомы, Вам нужно будет продумать: был ли правильно поставлен диагноз, проведено лечение, придерживался ли больной указаний врача и была ли правильна процедура контроля. Фактически весь процесс начинается снова. Иногда проблема не может быть окончательно решена. Например, при хронических заболеваниях типа гипертонии единственное, что Вы можете сделать это организовать внимательный контроль за соблюдением предписаний врача. В некоторых случаях Вы можете сместить акцент с лечебного на паллиативный уход, как например при конечной стадии развития злокачественной опухоли или при СПИДе.

Заключение

Итак, то, что на первый взгляд кажется всего лишь краткой консультацией, на самом деле оказывается довольно сложным процессом профессионального анализа. Чего Вам не следует делать, так это следовать советам доктора и принимать при сухом кашле 15 мг кодеина трижды в день, три дня – это не всегда правильно. Вместо этого используйте Вашу собственную клиническую практику на тех базовых принципах выбора и лечения, которые были здесь рассмотрены. Весь резюмированный процесс приведен ниже и каждая ступень подробно описана в последующих главах.

Резюме

Процесс рационального лечения

Ступень 1:	Определение проблемы пациента.
Ступень 2:	Определение цели лечения. Чего Вы хотите достигнуть лечением?
Ступень 3:	Убедитесь в правильном (рациональном) выборе Вашего П-лечения. Проверьте эффективность и безопасность.
Ступень 4:	Начало лечения.
Ступень 5:	Информирование, инструктирование и предупреждения.
Ступень 6:	Наблюдение за ходом лечения (его прекращение?).

Часть 2.

Выбор Вашего П (Персонального) лекарства

Данная часть учит как сделать выбор Вашего персонального лекарственного средства (названного П–лекарством). Здесь Вы найдете принципы отбора лекарственных средств и их использования на практике. Глава 2 объясняет, чем вызвана необходимость разработки Вашего индивидуального списка П–лекарств. Здесь также Вам расскажут как этого делать не следует. В Главе 3 дан подробный пример рационального выбора П–лекарств. Глава 4 это описание теоретической модели с некоторыми критическими замечаниями и кратким обзором. Глава 5 посвящена разнице между П–лекарством и П–лечением: не все проблемы со здоровьем решаются с помощью лекарств.

При выборе Вашего П–лекарства Вам нужно будет повторить некоторые основные принципы фармакологии, которые кратко изложены в Приложении 1.

Глава 2	Стр.
Введение в П–лекарства.....	17
Глава 3	
Пример: Стенокардия.....	19
Глава 4	
Руководство по выбору П–лекарств.....	26
Ступень I: Постановка диагноза.....	26
Ступень II: Определение цели лечения.....	26
Ступень III: Составление перечня эффективных групп лекарственных средств.....	26
Ступень IV: Выбор эффективной группы по соответствующим критериям	27
Ступень V: Выбор П–лекарства.....	31
Глава 5	
П–лекарство и П–лечение.....	34

Глава 2

Введение в П–лекарства

Как врачу, Вам, возможно, приходится принимать по 40 и более пациентов в день, многие из которых нуждаются в медикаментозном лечении. Как же Вам выбрать правильный метод лечения для каждого пациента за сравнительно короткий промежуток времени? Только при помощи П–лекарств. П–лекарства – это те лекарства, которые Вы выбрали для регулярного назначения и которые Вы хорошо знаете. Они используются Вами как приоритетные при назначении лечения при данных симптомах.

Концепция П–лекарств – это нечто большее, чем просто название какого-либо фармакологического вещества, она включает в себя лекарственную форму, схему приема, и продолжительность лечения. П–лекарства будут отличаться друг от друга от страны к стране, от врача к врачу, в зависимости от наличия и стоимости, различных национальных фармакологических справочников и перечнем основных лекарственных средств, уровня медицинской культуры, индивидуальной интерпретации информации. Тем не менее, принцип универсален. П–лекарства позволяют Вам избегать повторных поисков приемлемого лекарственного средства в каждодневной практике.

Кроме того регулярное употребление П–лекарств даст Вам возможность лучше узнать силу его воздействия и побочные явления, что явно приносит пользу пациентам.

П–лекарства, основные лекарственные средства и стандартные схемы лечения

Вас может удивить, в чем связь между Вашим списком П–лекарств, примерным перечнем ВОЗ основных лекарственных средств, национальными справочниками по лекарственным средствам и существующими стандартным схемам лечения.

В целом, перечень лекарств, зарегистрированных и разрешенных к употреблению в стране, и национальный перечень основных лекарственных средств содержит гораздо больше лекарств, чем Вы, обычно, используете. В повседневной практике большинство врачей использует не более 40–60 наименований, поэтому полезно сделать Ваш собственный выбор из этих перечней, производить его рациональным путем. Фактически Вы сделаете свой собственный перечень основных лекарственных средств. Глава 4 содержит детальную информацию о процессе отбора.

Учебные, национальные и международные, включая рекомендации ВОЗ по стандартному лечению, были разработаны согласно методике лечения наиболее распространенных заболеваний, например при острой инфекции дыхательных путей; диарейных заболеваниях и при болезнях передаваемых половым путем. Они основаны на глубоких научных доказательствах и соглашениях между экспертами. Именно поэтому эти рекомендации являются ценным подспорьем при рациональном назначении и Вы должны внимательно их рассмотреть, когда выбираете Ваши П–лекарства. В большинстве случаев Вам захочется внедрить их в Вашу практику.

П–лекарства и П–лечение

Между П–лекарствами и П–лечением существует разница. Ключевым здесь является то, что не все заболевания необходимо лечить лекарствами! Концепция выбора П–лечения уже была представлена в предыдущей главе. Процесс выбора П–лекарства имеет много общего и будет обсуждаться в последующих главах.

Как не следует составлять Ваш список П–лекарств.

Вместо того, чтобы составлять свой личный список, одним из наиболее популярных методов разработки списка П–лекарств, является его копирование у преподавателей или из существующих национальных или местных рекомендаций по лечению или справочников по лекарственным средствам. По четырем веским причинам этого делать не следует.

◆ В конечном итоге благополучие пациента лежит на Вашей ответственности и Вы не сможете переложить ее на других. Хотя Вы можете и должны обращаться к экспертной оценке и к согласованным рекомендациям, Вы всегда должны думать сами. Например, если рекомендованное лекарство противопоказано данному пациенту, Вы должны выпisać другое лекарство. Если стандартная доза неприемлема, Вы должны подобрать другую. Если Вы не согласны с конкретным выбором лекарства и рекомендацией по лечению в целом, приготовьте свою версию и защищайте свой выбор перед комитетом который их разработал. Большинство рекомендаций и справочников по лекарственным средствам регулярно обновляются.

◆ Путем разработки Вашего личного перечня П–лекарств Вы научитесь работать с фармакологическими концепциями и данными. Это позволит Вам находить положительные и отрицательные фармакологические особенности лекарств, упростив таким образом, определение его лечебной ценности для Вас. Это также позволит Вам оценить противоречивую информацию из разных источников.

◆ Составление Вашего собственного перечня П–лекарств поможет Вам познакомиться с альтернативами, к которым придется прибегнуть в случае когда, например наблюдаются побочные явления, есть противопоказания или когда Ваше П–лекарство Вам не доступно. То же самое происходит, когда рекомендованное стандартное лечение не может быть осуществлено. Опыт, накопленный при выборе Ваших П–лекарств, поможет Вам легко выбрать альтернативное лекарственное средство.

◆ Вы все время будете получать информацию о новых лекарственных средствах, новых побочных явлениях, новых показаниях и т.д. Тем не менее помните, что новейшие и самые дорогостоящие лекарства не обязательно самые лучшие, безопасные и наиболее эффективное с точки зрения затрат. Если Вы не можете успешно оценить такого рода информацию, Вы не сможете периодически обновлять свой список, и Вы обречены на назначение лекарственных средств, продиктованных коллегой или торговыми агентами.

Глава 3

Пример выбора П-лекарства: стенокардия

Пример: 2-ой пациент

Вы начинающий врач, и одним из Ваших первых пациентов является шестидесятилетний мужчина, у которого отсутствует история болезни. За последний месяц у него было несколько приступов удушающей боли в груди, которая появлялась при физической нагрузке и исчезала вскоре после ее прекращения. В течение последних четырех лет он не курит. Его брат и отец умерли вследствие сердечного приступа. Кроме редких случаев приема аспирина, за последний год он не употреблял каких-либо лекарств. Аускультация выявила шум над правой сонной артерией и над правой бедренной артерией. Физический осмотр не выявил никаких других отклонений. Кровяное давление – 130/85, пульс ритмичный – 78, вес в пределах нормы.

Вы полностью уверены в диагнозе “стенокардия” и объясняете пациенту в чем суть данной болезни. Пациент внимательно выслушивает и задает вопрос: “Но что делать?”. Вы объясняете, что приступ продолжается определенный промежуток времени, но может быть купирован лекарственным путем. Пациент отвечает: “ Это как раз то, что мне нужно”. Вы в принципе с ним согласны, что ему может понадобиться лекарство, но какое? Атенолол, нитроглицерин, фуросемид, метопролол, верапамил, галоперидол (нет, нет это от чего то другого) все это мелькает у Вас в голове. Ну что теперь делать? Вы считаете возможным назначить Кордакор², потому что Вы что-то читали о нем в рекламе. Ну а дозировка? Вам приходится согласиться, что четкого ответа у Вас нет. Позже – дома Вы вспоминаете этот случай и Вашу проблему с выбором препарата. Стенокардия, распространенное заболевание и Вы решаете выбрать П-лекарство, для назначения в будущем.

Выбор П-лекарства это процесс, который можно разделить на 5 ступеней (см. табл.1). Многие из ступеней совпадают со ступенями, через которые пришлось пройти при лечении пациента с кашлем в Главе 1. Тем не менее, есть существенная разница. В Главе 1 шел подбор лекарства для конкретного пациента, в данной же главе Вы выбираете первоочередное лекарство вообще – для лечения распространенного заболевания, не имея в виду конкретного пациента.

Ниже приводится детальное описание каждой ступени на основе выбора П-лекарства при стенокардии.

Таблица 1. Ступени при выборе П-лекарства.

I	Постановка диагноза
II	Определение цели лечения
III	Составление перечня эффективных групп лекарственных средств
IV	Выбор эффективной группы по соответствующим критериям
V	Выбор П-лекарств

² выдуманное фирменное название

I Ступень: Постановка диагноза

Стенокардия (Angina pectoris) – это скорее симптом, чем диагноз. Она подразделяется на грудную жабу и вариантную грудную жабу, на стабильную и нестабильную стенокардию. Оба аспекта должны учитываться при лечении. Вы можете поставить пациенту 2 диагноза – стабильная стенокардия, вызванная частичной (артериосклеротической) закупоркой коронарных артерий.

II Ступень: Правильная постановка задач лечения

Профилактика и лечение стенокардии возможны. И профилактические меры могут быть очень эффективными. Тем не менее, в данном примере мы ограничимся только лечением. В данном случае целью лечения является снятие приступа как можно скорее. Так как приступ стенокардии начинается из-за дисбаланса потребности в кислороде и его поступлении в мышцу сердца, следует или увеличить снабжение кислородом или уменьшить потребность в нем. При склеротической закупорке коронарной артерии трудно увеличить снабжение кислородом, т.к. при стенозе не может быть расширения коронарных артерий сердца при помощи лекарств. Итак, остается только один выход – уменьшить потребность мышцы сердца в кислороде. Так как данная ситуация представляет угрозу жизни пациента, цель должна быть достигнута как можно быстрее.

Существуют четыре пути для достижения цели лечения: снижением конечного диастолического давления, сократимости и частоты сердечных сокращений или нагрузки на сердечную мышцу. Это четыре вида фармакологического действия. Если Вы мало знаете про патофизиологию этой болезни или о фармакологических аспектах воздействия, Вам надо усовершенствовать Ваши знания. Вам следует просмотреть свои записи по фармакологии или учебник: в частности, по этому примеру Вам надо просмотреть несколько параграфов по стенокардии в медицинских учебниках.

III Ступень: Составление перечня эффективных групп лекарственных средств

Первым критерием для отбора любой группы лекарств является эффективность. В этом случае лекарства должны снизить артериальное и венозное давление, сократимость миокарда, частоту ритма и нагрузку на сердце. Существуют 3 группы препаратов с подобным действием: нитраты, бета-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов. В таблице 2 приведены все четыре типа воздействия:

Таблица 2: Сферы воздействия лекарственных групп при стенокардии.

Препарат	Показатель			
	давление	сократимость	частота	нагрузка
нитраты	++	–	–	++
бета-блокаторы	+	++	++	++
блокаторы кальциевых каналов	+	++	++	++

IV Ступень: Выбор эффективной группы по соответствующим критериям

Фармакологическое воздействие этих трех групп нуждается в дальнейшем сравнении. Во время этого процесса должны быть использованы три других критерия: безопасность, приемлемость и стоимость лечения. Для большей ясности перечислим эти критерии в таблице 3. Безусловно, эффективность остается первостепенным критерием. Стоимость лечения будет обсуждаться позднее.

Эффективность основана не только на одной фармакодинамике. Целью лечения является заставить лекарство подействовать как можно быстрее. Фармокинетика, также важна. Все группы содержат лекарства или лекарственные формы с быстрым проявлением эффекта.

Безопасность

Все группы лекарственных средств имеют побочные эффекты, большинство из которых являются прямым следствием механизма действия лекарства. Во всех трех группах побочные явления более или менее серьезные, хотя в обычных дозах частые серьезные побочные эффекты вряд ли можно ожидать.

Приемлемость (удобство в применении)

Данный критерий связан с индивидуальным пациентом и таким образом не рассматривается при составлении Вашего списка П-лекарств. Однако всегда имейте практичный подход при выборе П-лекарства. Когда у пациента начинается приступ стенокардии, рядом, как правило, нет никого, кто бы мог сделать инъекцию лекарства, поэтому пациент должен сам уметь его принять. Следовательно, лекарственная форма должна быть такой, которая может быть использована самим пациентом и должна гарантировать быстрый эффект. В таблице 3 перечислены все лекарственные формы с быстрым наступлением эффекта во всех трех группах. Во всех группах есть препараты имеющие инъекционную форму, а нитраты еще также и сублингвальную форму (сублингвальные таблетки и оральный спрей). Они все одинаково эффективны и просты в обращении, что является преимуществом при практическом применении пациентом.

Стоимость курса лечения

Цены различны в разных странах и в большей степени различаются для конкретных лекарств и не связаны с группами препаратов. В таблице 4 приведены цены на лекарства группы нитратов, взятые из Британского национального справочника по лекарственным средствам от марта 1994 г. Эти данные служат лишь примером. Как видно, цены на лекарства различны внутри группы. В целом, нитраты не самые дорогие лекарства, доступны в форме дженериков (воспроизведенные препараты). Вы должны проверить, стоимость этой группы препаратов в Вашей стране и не дороже ли они бета-блокаторов и блокаторов кальциевых каналов, в этом случае нитраты теряют свое преимущество.

Таблица 3: Сравнительная характеристика трех лекарственных групп, используемых при стенокардии

<i>Эффективность</i>	<i>Безопасность</i>	<i>Приемлемость</i>
----------------------	---------------------	---------------------

Нитраты

<i>Фармакодинамика</i> Периферическая вазодилатация	<i>Побочные действия:</i> Приливы, головные боли, временная тахикардия	<i>Противопоказания:</i> сердечная недостаточность, гипотония, повышенное внутричерепное давление
Толерантность (особенно с постоянными уровнями препарата в крови)	Интоксикация нитратами из-за длительной пероральной дозировки	Анемия
<i>Фармакокинетика</i> Быстрый метаболизм после первого пассажа через печень. Различная степень всасывания в ЖКТ (меньше у мононитратов)		
Нитроглицерин летуч, срок хранения таблеток ограничен		
<i>Быстродействующие лекарственные формы:</i> инъекции, сублингвальные таблетки, аэрозоли		

Бета-адреноблокаторы

<i>Фармакодинамика:</i> снижают сократимость миокарда, замедляют ЧСС ³	<i>Побочные действия:</i> гипотония, хроническая сердечная недостаточность, синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада	<i>Противопоказания:</i> гипотония, застойная сердечная недостаточность, брадикардия, атриовентрикулярная блокада
Бронхоспазм, мышечная вазоконстрикция Угнетение гликогенолиза Снижение вазодилатации в половом члене	Провоцируют астму Похолодание конечностей Гипогликемия Импотенция	Астма Болезнь Рейно Диабет
<i>Фармакокинетика:</i> липофильность увеличивает проникновение через гематоэнцефалический барьер	Сонливость, замедленная реакция, ночные кошмары	Дисфункция печени
<i>Быстродействующая лекарственная форма:</i> инъекции		

Блокаторы кальциевых каналов

<i>Фармакодинамика</i> Коронарная вазодилатация Периферическая вазодилатация (при нагрузке)	<i>Побочные действия:</i> Тахикардия, головокружение, приливы, гипотония	<i>Противопоказания:</i> Гипотония
Снижение сократительной способности сердца	Хроническая сердечная недостаточность	Хроническая сердечная недостаточность
Снижение ЧСС	Синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада	Атрио-вентрикулярная блокада, синдром дисфункции синусового узла
<i>Быстродействующая лекарственная форма:</i> инъекции		

³ ЧСС – частота сердечных сокращений

Таблица 4: Сравнительный анализ лекарственных средств в группе нитратов

Препарат	Эффективность	Безопасность	Приемлемость	Стоимость /100£ *
-----------------	----------------------	---------------------	---------------------	--------------------------

Нитроглицерин

	NB! - неустойчив			
Сублингвальные таб. 0.4–1 мг.	0.5–30 мин	Без различий между индивидуальными нитратами		0.29–0.59
Оральные таб. 2.6 мг, кап 1–2.5 мг	0.5–7 часов			3.25–4.28
Трансдермальный пластырь 16–50 мг.	1–24 часов			42.00–77.00
NB! - толерантность				

Изосорбида динитрат

Сублингвальные таб. 5 мг	2–30 мин	Без различий между индивидуальными нитратами		1.45–1.51
Оральные таб. 10–20 мг	0.5–4 часа			1.10–2.15
Оральные таб (ретард) 20–40 мг	0.5–10 часов			9.25–18.95
NB! - толерантность				

Пентаэритрикола тетранитрат

Оральные таб. 30 мг	1–5 часов	Без различий между индивидуальными нитратами		4,45
---------------------	-----------	--	--	------

Изосорбида мононитрат

Оральные таб. 10–40 мг	0.5–4 часов	Без различия между индивидуальными нитратами		5.70–13.30
Оральные таб./капс. пролонгированные)	1–10 часов			25.00–40.82
NB! - толерантность				

* Цены приблизительные, основаны на данных Британского Национального Фармакологического Справочника, март 1994 г.

После сравнительного анализа трех групп Вы можете прийти к выводу, что Вам следует остановить свой выбор на нитратах, потому что уровень эффективности довольно приемлем, равно как безопасен; они имеют такие преимущества, как быстрота действия, доступные пути введения лекарства больным без дополнительных затрат.

Ступень 5: Выбор II–лекарства

Выбор эффективного действующего вещества и его лекарственной формы

Не все нитраты могут быть использованы при острых приступах, некоторые предназначены для профилактического лечения. Три активных компонента могут использоваться при острых приступах: нитроглицерин, изосорбида мононитрат и изосорбида динитрат (таблица 4). Все три выпускаются в форме сублингвальных таблеток. В некоторых странах выпускается аэрозольная форма нитроглицерина. Преимущество аэрозольной формы в том, что срок хранения у нее дольше, но она гораздо дороже таблеток.

Нет доказательств того, что эти действующие вещества во многом различны по степени своей эффективности и безопасности. Относительно приемлемости (соответствия), все три действующих вещества едва ли различаются по противопоказаниям и возможным взаимодействиям. Это значит, что основную роль при Вашем выборе будет играть стоимость. Стоимость может быть выражена в расчете на одну дозу, на ежедневную дозу и на весь курс лечения. Как видно из таблицы 4, стоимость существенно различается. Так как таблетки являются самыми дешевыми лекарственными формами во многих странах мира, то они могут стать Вашим первоочередным выбором. В данном случае Вашим П-лекарством в виде активного действующего вещества при приступе стенокардии будут сублингвальные таблетки нитроглицерина по 1 мг.

Выбор стандартного режима приема

Так как лекарство должно приниматься во время сильного приступа, то нет строгого режима приема. Лекарство надо вынуть изо рта, как только пройдет боль. Если боль не прекращается, вторая таблетка может быть использована только через 5–10 минут. Если боль не проходит и после второй таблетки, пациент должен немедленно обратиться к врачу.

Выбор стандартной продолжительности лечения

Невозможно предсказать, как долго больной будет страдать от приступов и поэтому продолжительность лечения должна определяться необходимостью продления курса лечения. В общих случаях должно быть выписано лишь небольшое количество нитроглицерина, так как активный ингредиент довольно летуч и таблетки через некоторое время становятся малоэффективными.

Если Вы согласны с этим выбором, таблетки нитроглицерина станут первым П-лекарством в вашем персональном справочнике. Если нет, Вы должны обладать достаточной информацией для выбора другого лекарства вместо нитроглицерина.

Резюме:

Пример выбора II-лекарства: стенокардия				
I. Постановка диагноза	Стабильная стенокардия, вызванная частичной закупоркой коронарной артерии			
II. Определение цели лечения	Как можно быстрее купировать приступ. Снижение потребности миокарда в кислороде через снижение конечного диастолического сократительной способности, частоты сердечных сокращений или нагрузки			
III. Составление перечня эффективных групп лекарственных средств				
Нитраты				
Бета-адреноблокаторы				
Блокаторы кальциевых каналов				
IV. Выбор группы по критериям	эффективность	безопасность	приемлемость	стоимость
Нитроглицерин (таблетки)	+	±	++	+
Бета-адреноблокаторы(инъекции)	+	±	-	-
Блокаторы кальциевых каналов (инъекции)	+	±	-	-
V. Выбор II-лекарства	эффективность	безопасность	приемлемость	стоимость
Нитроглицерин (таблетки)	+	±	+	+
Нитроглицерин (аэрозоль)	+	±	(+)	-
Изосорбид динитрат (таблетки)	+	±	+	±
Изосорбид мононитрат (таблетки)	+	±	+	±

Выводы:

Активная действующее вещество и его лекарственная форма:	нитроглицерин, сублингвальные таблетки 1мг
Режим приема:	одна таблетка при необходимости; вторая – если боль не проходит
Продолжительность лечения	длина интервала между наблюдениями

Глава 4.

Руководство по выбору П-лекарств



В предыдущей главе был дан пример выбора П-лекарства для лечения стенокардии на основе эффективности, безопасности, приемлемости (соответствия) и стоимости. В данной главе представлена более общая информация по каждой из пяти ступеней.

Ступень I: Определение диагноза.

При выборе П-лекарства важно помнить, что речь идет о выборе первоочередного лекарства. Речь идет не о выборе для индивидуального пациента. Для лечения конкретного пациента Вам надо будет убедиться, является ли Ваше П-лекарство подходящим для данного случая. (см. Главу 8).

Чтобы быть в состоянии выбрать лучшее лекарство при данных условиях, Вам придется изучить патофизиологию заболевания. Чем больше Вы знаете о болезни, тем легче Вам выбрать П-лекарство. Иногда патофизиология заболевания неизвестна, в то время как лечение возможно и необходимо. Лечение симптомов без лечения основного заболевания называется симптоматическим лечением.

Лечение конкретного пациента Вы должны начать с внимательного изучения проблем пациента (см. Главу 6). При выборе П-лекарства Вам надо лишь выбрать обычную проблему для начала процесса.

Ступень 2: Определение целей лечения

Очень полезно точно определить чего Вы хотите достичь при помощи лекарства: снизить диастолическое кровяное давление на определенный уровень, вылечить инфекционное заболевание или подавить чувство тревоги. Всегда помните, что патофизиология определяет место действия Вашего лекарства и максимально достижимый терапевтический эффект. Чем правильнее Вы определите цели лечения, тем легче Вы выберете П-лекарство.

Ступень 3: Составление перечня эффективных групп лекарственных средств

На этой стадии Вы связываете Ваши цели лечения с разными лекарствами. Лекарства, которые не обладают достаточной эффективностью дальше не стоит рассматривать, таким образом, эффективность будет первым критерием при отборе. Сначала Вы должны рассматривать больше группы лекарственных средств, а не индивидуальные препараты. Существуют десятки тысяч лекарств, но всего лишь около 70 фармакологических групп! Все

лекарства с одинаковым механизмом действия и со сходной молекулярной структурой принадлежат к одной группе.

Так как активные действующие вещества в лекарственной группе имеют одинаковый механизм действия, то естественно, что совпадают также их эффекты, побочные явления, противопоказания и взаимодействия. Бензодиазепины, бета-адреноблокаторы и пенициллины – это примеры лекарственных групп. Наиболее активно действующее вещество в группе обычно дает одинаковый корень и в названии, например: дiazepam, lorazepam и temazepam в бензодиазепиновой группе, и propranolol и atenolol в бета-адреноблокаторах.

Есть два метода определения эффективной группы лекарств. Первый метод это просмотр всех справочников и руководств, которые есть в Вашей больнице или системе здравоохранения, знакомство с международными рекомендациями, такими как рекомендации ВОЗ по лечению некоторых групп общих заболеваний, или примерный перечень основных лекарственных средств составленный в ВОЗ. Второй путь, это просмотреть содержание хорошего справочника по фармакологии и определить какие группы перечислены по вашему диагнозу. В большинстве случаев Вы найдете только от двух до четырех эффективных групп препаратов. В приложении 2 даны различные источники информации по лекарствам и терапии.

Упражнение

Просмотрите несколько рекламных объявлений о новых лекарственных средствах. Вы будете удивлены как мало действительно “новых” лекарств.

Ступень 4. Выбор эффективной группы по критериям

Для сравнения групп эффективных лекарств Вам необходима информация об эффективности, безопасности, удобства в применении и стоимости лекарственного средства (таблицы 3 и 4). Такого рода таблицы могут быть также использованы в анализе других диагнозов или при подборе альтернативного П-лекарства. Например бета-адреноблокаторы используются при гипертонии, стенокардии, глаукоме и аритмии. Бензодиазепины используются как снотворные, успокоительные и антиэпилептические препараты.

Хотя существует множество различных подходов по выбору лекарств, критерии отбора более или менее универсальны. Критерии ВОЗ по отбору основных лекарственных средств приведены в дополнении 2.

Эффективность

В таблице 3 (Глава 3), представлены данные по фармакодинамике и фармакокинетики. Чтобы быть эффективным, лекарственное средство должно достигать своей минимальной концентрации в плазме и кинетический профиль лекарства должен обеспечить это при несложном режиме приема. Данные по кинетике всей группы лекарств в целом могут и отсутствовать, т.к. это зависит от лекарственной формы и технологии изготовления лекарственного средства, но в большинстве случаев общие особенности могут быть перечислены. Кинетика должна сравниваться с точки зрения Всасывания, Распределения, Метаболизма и Выделения (ВРМВ фактор, см. приложение 1).

Дополнение 1. Критерии по выбору основных лекарственных средств (ВОЗ)

- Приоритет должен принадлежать испытанным лекарственным средствам с доказанной эффективностью и безопасностью с целью удовлетворения потребностей большинства людей. Следует избегать дублирования лекарств и лекарственных форм.
- Выбор должен производиться из тех лекарственных средств, которые прошли контролируемые клинические испытания или эпидемиологически изучены и соответствующие научные данные доступны для изучения а также есть свидетельства об их эффективности при обычном использовании в различных ситуациях. Новейшие препараты включаются в список только в том случае, когда они имеют очевидное преимущество над существующими.
- Каждое лекарственное средство должно отвечать соответствующим стандартам по качеству включая при необходимости биологическую доступность и стабильность при соответствующих условиях хранения и использования.
- Международные непатентованные названия (МНН) это укороченное научное наименование на основе активного ингредиента. ВОЗ несет ответственность за подготовку и публикацию МНН на Английском, Французском, Латинском, Русском и Испанском языках.
- Одним из важнейших критериев отбора является стоимость лечения, особенно соотношение стоимость/эффективность для лекарства или лекарственной формы.
- Когда имеются два и более лекарств сходных по своему действию, то преимущество принадлежит: (1) более тщательно испытанному; (2) препарату с наиболее благоприятными фармакокинетическими параметрами; (3) тому препарату, который выпускается местными, достойными доверия производителями.
- Большинство основных лекарственных средств должны состоять из монокомпонентных соединений. Фиксированные комбинации действующих веществ приемлемы только в тех случаях, когда дозировка каждого ингредиента отвечает требованиям определенной группы населения и когда комбинация имеет доказанное преимущество над единичным соединением, применяемым отдельно для достижения лучшего терапевтического эффекта, безопасности, удобства в применении или стоимости.

Безопасность

В этой части суммируются побочные действия и токсические эффекты. Практически все побочные явления напрямую связаны с механизмом действия лекарственного средства, за исключением аллергических реакций.

Приемлемость (удобство в применении)

Хотя окончательное решение может быть принято с учетом индивидуального пациента, некоторые общие аспекты могут быть рассмотрены при выборе Ваших П-лекарств.

Противопоказания связаны со здоровьем пациента, когда по причине какого либо другого заболевания становится невозможным использование П-лекарства, которое было бы эффективным и безопасным. Изменение физиологии Вашего пациента может повлиять на динамику или кинетику Вашего П-лекарства: может стать невозможным достижение требуемого уровня в плазме или токсический побочный эффект может быть зарегистрирован при нормальной концентрации в плазме. Во время беременности или во время лактации

нужно учитывать действие препарата на плод или ребенка. Взаимодействие с пищевым продуктом или другим лекарственным средством также может усилить или уменьшить воздействие лекарства. Удобство лекарственной формы или режима приема также может иметь большое влияние на выполнение пациентом указаний врача.

Все эти аспекты должны приниматься во внимание при выборе П-лекарства. Например, такие лекарственные формы как таблетки, растворы, суспензии для детей и лиц пожилого возраста должны иметь удобную для использования форму выпуска. Иногда вашими пациентами могут быть беременные женщины с инфекцией мочеполовой системы, которым в третьем триместре беременности противопоказаны сульфаниламидные препараты – возможные П-лекарства. С учетом подобных ситуаций следует подобрать еще одно П-лекарство для лечения инфекций мочеполовой системы у этой группы пациентов.

Стоимость лечения

Стоимость лечения всегда считалась важным критерием в развитых и в развивающихся странах независимо от того покрывается ли она государством, страховой компанией или непосредственно пациентом. Трудно определить стоимость для группы лекарств, но Вы всегда должны помнить об этом. Некоторые группы стоят больше, чем другие. Всегда обращайтесь больше внимание на общую стоимость курса лечения, а не на стоимость отдельных препаратов. Разница в цене всегда более очевидна при выборе между конкретными лекарственными средствами.

Окончательный выбор относительно лекарственной группы надлежит сделать самому. Для этого нужен определенный опыт, но если Вы будете его делать на основе эффективности и стоимости лечения, то это Вам будет легче. Иногда Вы не сможете остановить свой выбор лишь на одной группе и Вам придется выбрать две или три группы до следующей ступени отбора.

Дополнение 2. Эффективность, безопасность и стоимость.

- **Эффективность:** Большинство врачей назначает лекарство из-за его эффективности, в то время как побочные явления учитываются только тогда, когда с ними сталкиваются. Это означает, что многие пациенты принимают лекарство слишком сильнодействующее или сложнее чем требуется (например использование антибиотиков широкого спектра действия при простых инфекциях). Еще одна проблема, когда выше П-лекарство окажется более благоприятным в аспекте, имеющем малую клиническую ценность. Иногда кинетические особенности дорогого лекарства, которые клинически не так уж важны, чрезмерно акцентируются при рекламе дорогостоящего препарата во вред существующим альтернативным средствам, которые гораздо дешевле.
- **Безопасность:** Каждое лекарство имеет побочные эффекты, даже Ваше П-лекарство. Побочные явления – главная опасность развитого мира. Подсчитано, что до 10% случаев госпитализаций связано с побочными действиями лекарственных средств. Не все нежелательные последствия приема лекарств можно предотвратить, но большинство из них вызваны неправильным выбором лекарства или дозировкой, а это Вы можете предотвратить. Можно выделить группу риска наиболее часто страдающую от побочных явлений. Часто это те пациенты, которые требуют особого внимания: лица пожилого возраста, дети, беременные женщины и пациенты с заболеваниями почек или печени.
- **Стоимость:** Ваш идеальный с точки зрения эффективности и безопасности выбор может оказаться и самым дорогим лекарством, а в случае ограниченных средств он становится недоступным. Иногда у Вас возникает дилемма: между лечением небольшого числа пациентов очень дорогим лекарством и лечением намного большего числа больных лекарством, которое не так идеально, но широко доступно. Такая ситуация не из легких, но врачи выписывающие рецепт, с ней столкнутся. Условия страховки и система возмещения расходов (компенсация) должны быть также обязательно учтены. Лучшее с точки зрения эффективности и безопасности лекарство может совсем или частично не попадать под компенсацию, пациент вправе просить назначить не лучшее средство, а препарат подлежащий компенсации. Там, где безвозмездное получение или схема компенсаций отсутствует, пациент вынужден покупать лекарство в аптеке. Когда выписывается слишком много лекарств пациент может приобрести только некоторые из них или в недостаточном количестве. При этих условиях Вы должны быть уверены, что Вы назначаете только те лекарства, которые действительно необходимы и доступны. Вы, врач назначающий лечение, сами должны решать, какое лекарство наиболее необходимо, а не пациент или провизор⁴.

⁴ Под лицом с высшим фармацевтическим образованием понимается провизор. Но следует помнить, что в странах бывшего СССР ясно прослеживается тенденция к использованию вместо него слова “фармацевт”. Этот термин поддерживается ВОЗ и рекомендован к употреблению вместо слова “провизор”, которое является устаревшим и более нигде в мире не используется.

Ступень 5. Выбор П–лекарства

Существует несколько шагов в процессе выбора П–лекарства. Иногда можно сократить этот путь. Не бойтесь искать эту возможность, но не забывайте собирать и учитывать всю важную информацию, включая существующие схемы лечения.

Выбор активного действующего вещества и лекарственной формы

Выбор активного действующего вещества похож на выбор лекарственной группы, и информация может быть перечислена очень подробно. На практике почти невозможно его выбрать без учета лекарственной формы. Они должны быть учтены вместе. Это в основном касается кинетики.

Хотя активные действующие вещества внутри одной группы имеют одинаковый механизм действия, они могут отличаться по аспектам безопасности и приемлемости из-за различия в кинетике. Большими могут быть различия в степени удобства в использовании для пациента, а это, в свою очередь, повлияет на следование указаниям врача со стороны пациента. Различные лекарственные формы ведут к различным схемам приема, и этот фактор должен быть учтен при выборе П–лекарства. И последнее, но не менее важное, что следует принимать во внимание – это стоимость лечения. Список цен можно получить и в больничной аптеке или взять из национального справочника лекарственных средств (см. Таблицу 4, Глава 3).

Следует всегда помнить, что дженерики дешевле патентованных торговых (фирменных) наименований. Если два препарата одной и той же группы полностью повторяют друг друга, то Вы можете принять во внимание который из них раньше появился на рынке (с учетом широкого опыта применения и возможной безопасности) или которое выпускается в Вашей стране. Когда два средства из двух различных групп одинаковы, Вы можете выбрать любое. У Вас будет альтернатива, если один из них будет неприемлем для Вашего пациента. Как окончательную, контрольную проверку нужно всегда сравнить Ваш список с существующими рекомендациями по лечению в национальном перечне основных лекарственных средств и с примерным (типовым) перечнем ВОЗ основных лекарственных средств, который пересматривается каждые два года.

Выбор стандартной схемы назначения лекарства

Рекомендуемые схемы прошли клинические испытания на группе больных. В то же время, эти среднестатистические данные не обязательно являются оптимальной схемой приема для Вашего конкретного пациента. Если возраст, метаболизм, всасывание и выделение у Вашего пациента в норме, нет признаков другого заболевания и не используются другие препараты, то средняя схема может быть следующей. Чем больше у пациента отклонений от нормы, тем индивидуальней должна быть схема приема.

Рекомендованные схемы приема всех Ваших П–лекарств можно найти в справочниках или учебниках по фармакологии. Во всех этих пособиях Вы найдете более чем неопределенные инструкции типа “2–4 раза от 30 до 90 мг в день”. Что же Вы выберете на практике?

Лучшим выходом было бы перенести эту схему приема в собственный справочник. Это поможет Вам определить минимальные и максимальные пределы доз. Позже, работая с

конкретным пациентом, Вы сделаете окончательный выбор. Некоторые лекарства нуждаются в первоначальной ударной дозе для быстрого достижения постоянной концентрации в плазме. Другие требуют постепенно, медленно увеличивающуюся схему приема, обычно для адаптации пациента к побочным эффектам. Практические аспекты схемы приема более детально приведены в части 8.

Дополнение 3: Общие характеристики лекарственных форм

Лекарственные формы для системного применения:

оральные – микстуры, сиропы, таблетки с покрытием или с пролонгированным действием
порошки, капсулы
сублингвальные таблетки и аэрозоли
ректальные суппозитории, ректиолы
ингаляционные газы, ингаляторы, пары
инъекции подкожные, внутримышечные, внутривенные и инфузии

Лекарственные формы для местного применения:

кожные – мази, кремы, пасты
для органов чувств – глазные капли/мази, ушные капли, капли в нос
оральные/местные – таблетки, микстуры
ректальные/локальные – суппозитории, клизмы
вагинальные – таблетки, гели, кремы
ингаляционные/местные – аэрозоль, порошки

Оральные формы:

эффективность: (–) неполное всасывание и первичный метаболизм при прохождении через печень, (+) постепенный эффект
безопасность: (–) низкая максимальная концентрация, неопределенное всасывание, раздражение желудка
удобство: (–)? использования детьми, пожилыми людьми

Сублингвальные таблетки и аэрозоли:

эффективность: (+) действуют быстро, без первичного метаболизма
безопасность: (–) легко допустить передозировку
удобство: (–) аэрозоль сложен в применении, (+) таблетки легко принимать

Ректальные препараты:

эффективность: (–) неопределенное всасывание, (+) нет первичного метаболизма, быстрый ректальный эффект
безопасность: (–) местное раздражение
удобство: (+) в случае тошноты, рвоты, проблем с глотанием

Ингаляторы:

эффективность: (+) быстродействующие
безопасность: (–) местное раздражение
удобство: (–) нужен квалифицированный персонал

Инъекции:

эффективность: (+) быстродействующие, без первичного метаболизма, точная дозировка
безопасность: (–) возможна передозировка, стерильность часто оказывается проблемой
удобство: (–) болезненно, нужен квалифицированный персонал; дороже чем оральные формы

Препараты местного кожного действия:

эффективность: (+) возможна высокая концентрация, ограничено системное проникновение
безопасность: (–) сенсibilизация в случае антибиотиков, (+) мало побочных явлений
удобство: (–) некоторые вагинальные формы трудны в применении

Выбор продолжительности лечения

Когда Вы назначаете Ваше П–лекарство пациенту, Вы должны определить продолжительность лечения. Зная патофизиологию и прогноз заболевания, Вы обычно хорошо представляете, сколько времени займет лечение.

Некоторые болезни требуют лечения на протяжении всей жизни (например, сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, болезнь Паркинсона).

Общее количество назначаемого лекарства зависит от режима приема и продолжительности лечения. Это можно легко вычислить. Например, пациенту с бронхитом можно назначить пенициллин в течение семи дней. Вам надо будет его снова проконсультировать, если не наступит улучшение, и, поэтому, Вы можете назначить лекарства на весь курс сразу.

Если продолжительность курса лечения неизвестна, интервалы для наблюдения становятся очень важными. Например, Вы можете порекомендовать пациенту с только что выявленной гипертонией прийти на прием через две недели с целью контроля кровяного давления и побочных явлений в результате лечения. В этом случае лекарства выписываются на две недели. По мере лучшего знакомства с пациентом интервал наблюдения увеличивается, например, на месяц. Три месяца – это максимальный интервал наблюдения за ходом лекарственного лечения хронического заболевания.

Резюме

Как выбрать П–лекарство

I. Определение диагноза

II. Определение целей лечения

III. Составление перечня эффективных групп лекарственных средств

IV. Выбор эффективной группы по критериям:

эффективность безопасность приемлемость стоимость

Группа1

Группа2

Группа3

V. Выбор П–лекарства по критериям:

эффективность безопасность приемлемость стоимость

Лекарство 1

Лекарство 2

Лекарство 3

Заключение: Активное действующее вещество, лекарственная форма:

Стандартная схема приема:

Стандартная продолжительность лечения:

Глава 5

П–лекарство и П–лечение

Не все заболевания можно лечить лекарственным путем. Как уже объяснялось в Главе 1, лечение может состоять из совета и информации, безлекарственной терапии, лекарственного лечения, направления на консультацию к другим специалистам или комбинированием этих способов. Составляя перечень эффективных альтернативных методов лечения очень важно всегда помнить, что безлекарственная терапия часто возможна и желательна. Никогда не делайте заключение, что Ваше П–лекарство обязательно должно быть назначено. Как и при выборе П–лекарств, критерии эффективности, безопасности, пригодности и стоимости должны срабатывать при сравнении различных методов лечения. Данные ниже примеры послужат иллюстрацией того, как это работает на практике.

Упражнение

Составьте список возможных эффективных и безопасных способов лечения для следующих обычных жалоб пациентов: запор, острая диаррея с умеренным обезвоживанием у ребенка и поверхностная открытая рана. Далее выберите Ваше П–лечение для каждого. Ниже даны обсуждения ответов.

Запор

Запор обычно диагностируется в случае задержки стула не менее недели. Список возможных эффективных методов лечения:

- *Консультация и рекомендация:* Пить много жидкости (если нет противопоказаний), есть фрукты и продукты с высоким содержанием клетчатки. В туалет идти только в случае позыва. Не пытаться тужиться. Уверить пациента, что нет признаков серьезного заболевания.
- *Безлекарственное лечение:* Физические упражнения
- *Лекарственное лечение:* Слабительное (Ваше П–лекарство)
- *Направление на лечение:* Не показано.

Во многих случаях совет и безлекарственное лечение устраняет проблему. Из-за привыкания лекарства эффективны только на короткий период и часто приводят к злоупотреблению и, порой даже электролитным нарушениям. Первой схемой лечения, Вашим П–лечением должен быть совет, а не лекарства! Ваше П–лекарство назначается в случае сильного (и временного) запора; это могут быть таблетки сенны в течении нескольких дней. Если запор продолжается, требуется дальнейшее обследование на предмет других заболеваний, например на рак толстой кишки.

Острая диаррея с умеренным обезвоживанием у ребенка

При острой диаррее с умеренным обезвоживанием у ребенка главная задача лечения – это предотвращение дальнейшего обезвоживания и регидратации; лечение инфекции не является целью! Перечень возможных эффективных методов лечения:

- *Совет и информация:* Продолжить грудное вскармливание и нормальное питание, постоянный контроль.
- *Безлекарственное лечение:* Дополнительная жидкость (рисовая вода, фруктовые соки, домашний сахарный/солевой растворы).
- *Лекарственная терапия:* Оральный регидратационный раствор (ОРР), орально или через зонд.
- *Направление на консультацию:* Не обязательно.

Ваш совет приостановит процесс обезвоживания, но не вылечит, а дополнительная жидкость и ОРР понадобятся для восстановления водного и электролитного баланса. Метронидазол и антибиотики, котримоксазол и ампициллин не вошли в перечень, так как они малоэффективны при лечении водянистого поноса. Антибиотики назначают при упорном кровавом и/или слизистом поносе, который встречается реже, чем водянистый; метронидазол употребляется, в основном, при доказанной амебной дизентерии. Противодиарейные средства, такие, как лоперамид и дифеноксилат, не показаны к применению, особенно для детей, так как они маскируют дальнейшую потерю жидкости и создают ложное впечатление “что Вам чего-то удалось добиться”.

Вы должны рекомендовать дальнейшее грудное вскармливание и прием жидкостей (включая растворы домашнего приготовления и регидратационные растворы, в зависимости от национальных рекомендаций по лечению), а также постоянный контроль над ребенком.

Поверхностная открытая рана

Целью лечения при открытых ранах является обеспечение заживления и предотвращение инфицирования раны. Перечень возможных методов лечения:

- *Консультация и информация:* Регулярный осмотр раны; снова прийти к врачу в случае инфицирования или температуры.
- *Безлекарственное лечение:* Обработать, перевязать рану.
- *Медикаментозное лечение:* Противостолбнячная прививка. Антибиотики(местно, системно)
- *Направление на консультацию:* Не требуется.

Рана должна быть обработана, перевязана и противостолбнячные меры должны быть приняты. Всех пациентов с открытыми ранами надо ознакомить с признаками начинающейся инфекции и о необходимости обратиться снова к врачу в случае их обнаружения. Местные антибиотики никогда не назначаются при инфицировании ран из-за малой проникаемости и риска сенсibilизации. Системные антибиотики редко применяются для профилактики за исключением некоторых определенных случаев, как например при кишечных операциях. Они не предотвращают инфицирование, так как проникновение в рану очень низкое, но зато они могут привести к серьезным побочным явлениям (аллергия, диаррея) и могут вызвать резистентность.

Следовательно Ваше П-лечение открытой раны – это обработка и перевязка, противостолбнячные меры и совет внимательно осматривать рану. Никаких лекарств.

Заключение

На этих трех примерах, обычных недомоганиях, иллюстрируется необязательность медикаментозного лечения в качестве первого выбора. Совет и информация порой очень важна, как в случае с поносом. Совет, жидкость, регидратационные смеси необходимы для лечения водянистого поноса больше, чем антидиарейные препараты и антибиотики. При открытых ранах важны перевязка и совет, а не антибиотики.

В более серьезных случаях направление на консультацию может встать на первое место, например, устойчивый запор, серьезное обезвоживание маленького ребенка или глубокая открытая рана, но никак не выписывание сильнодействующего лекарства. Направление на консультацию также может быть П-лечением ввиду отсутствия специального оборудования для дальнейшего осмотра или лечения.

Часть 3. Лечение Ваших больных

В этой части книги будет описан процесс лечения пациента П–лекарствами. Каждая ступень процесса описана в отдельной части. С помощью примеров иллюстрируется процесс выбора, назначения лекарств и контроль за лечением, а также, как наиболее эффективно общаться с пациентами. Изучив этот материал, Вы будете готовы применить его на практике.

Глава 6	Стр.
Ступень 1: Определение проблем больного.....	38
Глава 7	
Ступень 2: Определение задач лечения.....	42
Глава 8	
Ступень 3: Проверка пригодности (соответствия) Вашего П– лекарства....	44
3А: Подходят ли активные действующие вещества и их фор- мы выпуска данному пациенту?	45
3В: Подходит ли пациенту стандартная схема назначения?	47
3С: Подходит ли пациенту стандартная продолжительность лечения ?	51
Глава 9	
Ступень 4: Выписывание рецепта.....	56
Глава 10	
Ступень 5: Информирование, инструктирование, предостережение пациента.....	61
Глава 11	
Ступень 6: Наблюдение за ходом лечения (его прекращение?)	68

Глава 6

СТУПЕНЬ 1: Определение проблем больного (диагностика)

Пациент обычно приходит на прием с жалобой или с проблемой. Очевидно, что правильная диагностика является основной ступенью начала правильного лечения.

Выработка правильного диагноза основана на интеграции многих типов информации: жалоба, как она описана пациентом; подробная история болезни; физический осмотр, лабораторные анализы; рентген и другие обследования. Обсуждение каждого из этих компонентов вне задач данного пособия. В следующем абзаце по медикаментозному лечению мы будем считать, что диагноз был поставлен правильно.

Жалобы пациентов, в основном, всегда связаны с симптомами. Симптом не диагноз, хотя обычно ведет к нему. Описанные ниже все пять пациентов жалуются на боли в горле. Но неужели у всех пяти пациентов будет один и тот же диагноз?

Упражнение: пациенты 3–7

Постарайтесь определить диагноз у этих пациентов. Далее приведен анализ.

Пациент 3:

54-летний мужчина. Жалуются на сильные боли в горле. Обычные симптомы отсутствуют, температура в норме, легкое покраснение горла, никаких других признаков.

Пациент 4:

Женщина, 23 года. Жалобы на воспаленное горло. Выглядит очень утомленной, у нее на шее увеличены лимфатические узлы. Небольшая лихорадка. Она пришла узнать результат анализов, сданных на прошлой неделе.

Пациент 5:

Женщина, студентка 19 лет. Жалобы на ангину. Горло слегка красное. Лихорадка и другие симптомы отсутствуют. Ей не по себе, она никогда раньше не обращалась к Вам по такому незначительному поводу.

Пациент 6:

Мужчина 43 лет. Жалобы на ангину. Легкое покраснение горла, лихорадка и другие симптомы отсутствуют. В истории болезни записано, что страдает хронической диареей.

Пациент 7:

Женщина 32 лет. Горло сильно воспалено в результате тяжелой бактериальной инфекции, несмотря на пенициллин, назначенный на прошлой неделе.

Пациент 3: (ангина)

Ангина является, видимо, результатом небольшой вирусной инфекции. Очевидно, он опасается более серьезного заболевания (рак горла). Его следует разубедить и проконсультить. Никаких лекарств. Антибиотики ему не нужны, т.к. они не помогут при вирусной инфекции.

Пациент 4: (ангина)

Анализ крови пациентки подтвердил клинический диагноз СПИДа. Ее проблема в корне отлична от предыдущей. Ее воспаленное горло результат скрытой болезни.

Пациентка 5: (ангина)

Ей как-то не по себе и Вы припоминаете, что раньше она никогда к Вам не обращалась по таким пустякам. Вы вежливо расспрашиваете, что ее в действительности беспокоит, и после минутного колебания она Вам рассказывает, что у нее задержка вот уже три месяца. Ее настоящая проблема не имеет ничего общего с горлом.

Пациент 6: (ангина)

В данном случае медицинская карта больного очень важна для понимания его проблемы. Горло, вероятно воспалено в результате приема лоперамида, который он принимает из-за хронической диарреи. Побочное действие этого лекарства ведет к уменьшению слюноотделения и сухости во рту. Обычное лечение горла ни к чему не приведет. Следует установить причину хронической диарреи. Вы предполагаете СПИД.

Пациент 7: (ангина)

При внимательном рассмотрении истории болезни выясняется, что пациентка, у которой бактериальная инфекция не прошла, перестала принимать лекарство через три дня, так как стала себя чувствовать лучше. Она должна, безусловно, завершить курс. Ее недуг вернулся из-за неадекватного лечения.

Эти примеры показали, что одна и та же жалоба относилась ко множеству проблем: потребность в успокоении; признак скрытой болезни; скрытая просьба помочь в решении другой проблемы; побочное явление другого лекарства; не соблюдение рекомендаций врача. Итак, урок заключается в следующем: не спешите со своими терапевтическими выводами.

Пример. Пациент 8.

Мужчина, 67 лет. Он пришел за своим лекарством на следующие два месяца. Он говорит, что чувствует себя хорошо и у него нет жалоб. Он только просит выписать рецепт на дигоксин 0.25 мг (60 таб.), изосорбида динитрат 5 мг (180 таб.), фуросемид 40 мг (60 таб.), сальбутамол 4 мг (180 таб.), циметидин 200 мг (120 таб.), преднизолон 50 мг (120 таб.) и амоксицилин 500 мг (180 таб.).

Пациент настаивает, что у него все в порядке. Действительно ли это так? Возможно, у него не в порядке сердце, может у него что-то с желудком или страдает от астмы. Определенно он страдает от одной проблемы: полипрагмазия. Невероятно, чтобы он нуждался во всех этих лекарствах. Некоторые возможно были назначены для снятия побочных реакций других лекарств. Это чудо, что он себя хорошо чувствует. Подумайте о побочных явлениях и взаимодействии такого количества лекарств: гипокалиемия от фуросемида ведет к дигиталисной интоксикации, и это только пример. Внимательный анализ и мониторинг подтвердит, действительно ли пациент нуждается в этих лекарствах. Дигоксин нужен для сердца. Изосорбид динитрат следует заменить на сублингвальный нитроглицерин, который принимается лишь в случае необходимости. Прием фуросемида (который редко назначается для поддерживающего лечения) следует отменить или назначить слабый диуретик гипохлоротиазидный диуретик. Таблетки сальбутамола могут быть заменены ингаляторами с целью уменьшения побочных явлений, вызываемых длительным использованием. Циметидин, возможно, был назначен в связи с подозрением на язву желудка, хотя возможно боли в желудке вызваны употреблением преднизолона, дозу которого в любом

случае следует сократить. Его также можно заменить аэрозолем. Следовательно, во первых, надо установить наличие язвы, а если язвы нет, то отменить циметидин.

И, наконец, большое количество амоксициллина, возможно, было назначено для профилактики инфицирования дыхательных путей. Однако большинство микроорганизмов в его теле будут теперь резистентны к антибиотику, и прием этого лекарства следует прекратить. Если его респираторные проблемы обострятся, краткий курс антибиотиков будет достаточен.

Дополнение 4: Требования пациента

- Вам придется не легко, если пациент будет требовать лечения или специального лекарства. Некоторых пациентов бывает трудно уговорить, что болезнь самопроходящая или что им надо смириться с небольшим физическим дискомфортом. Может мешать “скрытая” психо-социальная подоплека: например, длительное использование и зависимость от бензодиазепа. В некоторых случаях трудно прекратить лечение, т.к. создалась физическая и психологическая зависимость от лекарства. Требование пациента о специфичных назначениях чаще относится к обезболивающим, снотворным и другим психотропным лекарствам, антибиотикам, назальным противоотечным, противокашлевым, противопростудным и глазным/ушным препаратам.
- Личностные характеристики и менталитет пациента играет очень важную роль. На пациента большое влияние оказывает прошлое (предыдущий врач всегда назначал лекарство), семья (“это лекарство так помогло тете Вале”), реклама и множество других факторов. Хотя иногда пациенты требуют лекарство, лечащий врач предполагает наличие такого требования, даже когда его нет. То же самое относится к назначению инъекций или “сильнодействующих препаратов” в целом.
- Требование пациента выписать ему рецепт может быть несколько символичным. Рецепт легализует жалобы больного в формальную болезнь. Он также олицетворяет выполненный долг врача. Итак, надо осознать, что требование назначить лекарство, это не просто требование в получении химического вещества.
- Нет никаких абсолютных правил, как реагировать на требование пациента, за небольшим исключением, с пациентом должен быть налажен настоящий диалог и он нуждается в терпеливом разъяснении. Выясните подоплеку его требования. Для того, чтобы быть хорошим врачом, Вы должны обладать хорошими навыками общения.
- Удостоверьтесь, что Вы правильно понимаете его аргументы, и что пациент правильно понимает Вас. Не забывайте – в лечебном процессе пациент Ваш партнер: всегда серьезно воспринимайте его точку зрения и обсуждайте с ним наиболее рациональный метод лечения. Ценные аргументы убедительны, особенно если они изложены доходчивым языком.
- Основной Ваш враг при общении с пациентом – время, вернее – его отсутствие. Разговор и разъяснения отнимают много времени, и это давит на Вас, но, по большому счету, такие затраты окупаются.

Заключение

Пациент может обратиться к Вам с простой просьбой, жалобой или вопросом. Все это может быть связано с различными проблемами: необходимостью в разубеждении; признаком скрытой болезни; замаскированной просьбой помочь в решении другой проблемы; побочным эффектом медикаментозного лечения; не выполнением режима, предписанного врачом; психологической зависимостью от лекарства. Путем внимательного контроля, структурального анализа истории болезни, физического и других обследований Вы должны определить настоящую проблему пациента. Ваше определение (Ваш предварительный диагноз) может отличаться от того как пациент воспринимает свою проблему. Выбор приемлемого лечения будет зависеть от этой решающей ступени. Во многих случаях Вам не нужно будет выписывать рецепт вообще.

Резюме

СТУПЕНЬ 1: Определение проблем пациента:

- Болезнь или нарушение
- Признак скрытого заболевания
- Психологическая или социальная проблема, состояние тревоги
- Побочное явление от лекарств
- Просьба снова назначить лекарство (полипрагмазия)
- Невыполнение предписаний врача
- Просьба о профилактическом лечении
- Комбинация перечисленного выше

Глава 7

СТУПЕНЬ 2: Определение задач лечения

Перед тем, как приступить к лечению, очень важно определить цели лечения. Что Вы хотите достигнуть лечением? Упражнения, которые приводятся здесь, помогут Вам попрактиковаться в этом важном этапе.

Упражнение: пациенты 9–12

Для каждого из этих пациентов попробуйте определить лечебные задачи. Анализ случаев приведен ниже.

Пациент 9:

Девочка 4 лет, немного истощенная. Водянистый понос без рвоты в течение трех дней. Мочеиспускания не было уже 24 часа. При осмотре у нее не наблюдается жар (36.8°), но пульс учащенный и низкая эластичность кожи.

Пациент 10:

Женщина, студентка 19 лет. Жалуется на боль в горле. Небольшое покраснение горла, других отклонений нет. После некоторого колебания она рассказывает, что у нее трехмесячная задержка. При осмотре выясняется, что у нее трехмесячная беременность.

Пациент 11:

Мужчина 44 лет. Бессонница на протяжении шести месяцев, пришел снова за рецептом таблеток диазепам, 5 мг, по 1 таблетке перед сном. Он хочет 60 таблеток.

Пациент 12:

Женщина 24 лет. Была на консультации 3 недели назад с жалобами на постоянную усталость после родов второго ребенка. Небольшая бледность склеры, но гемоглобин – в норме. Вы уже рекомендовали ей избегать напряженной работы, На этот раз она пришла, т.к. усталость не проходит, и ее друг рассказывал, что ей помогут инъекции витаминов. Это все, что она хочет.

Пациент 9 (диаррея)

У этой больной понос вызван скорее всего вирусной инфекцией, т.к стул водянистый (а не со слизью или кровью) и нет жара. У нее – признаки обезвоживания (вялость, снижение мочеиспускания и уменьшение кожного тургора). Обезвоживание наиболее важная проблема, т.к. пациент уже немного истощен. Целью лечения является следовательно: (1) не допустить дальнейшего обезвоживания и (2) провести регидратацию. Не надо лечить инфекцию! Антибиотики, в любом случае, малоэффективны.

Пациент 10 (беременность)

В пациентке 10 Вы узнали пациентку 5, которая жаловалась на боль в горле, в то время, как главной проблемой было подозрение на беременность. Вы не решите ее проблему, назначив что-то для лечения горла. Цели лечения зависят от ее отношения к беременности, и более всего она нуждается в совете. Цель лечения – помочь ей спланировать свое будущее. Медикаментозное лечение болезни ее горла сюда не входит. Более того, факт,

что у нее – ранняя стадия беременности, должен послужить причиной отказа от лекарств вообще – лекарства только в случае крайней необходимости.

Пациент 11 (бессонница)

С пациентом 11 проблема не в том, какое лекарство выписывать, а в том, как перестать это делать. Диазепам не назначается на длительный период лечения от бессонницы, т.к. быстро развивается толерантность. Его можно использовать на короткий срок в случае крайней необходимости. Задача лечения в данном случае не лечение бессонницы пациента, а избегание зависимости от диазепама. Этого можно достигнуть постепенным снижением дозы под усиленным контролем, уменьшая симптомы абстиненции соответствующим поведением при бессоннице, что должно привести к окончательной отмене лекарства.

Пациент 12 (усталость)

У пациентки 12 не ясна причина усталости и поэтому трудно выработать план лечения. Исключив анемию, Вы можете догадаться, что, как молодая мать с маленькими детьми и, возможно, работой вне дома, она хронически перегружается работой. Цель лечения – помочь ей уменьшить физическую и эмоциональную нагрузку. Чтобы достичь этого, возможно, будет необходимо привлечь других членов семьи. Это хороший пример того, когда нужно провести безлекарственную терапию. Витамины не помогут, но сыграют роль плацебо. Фактически они, возможно, сыграют роль плацебо и для Вас, создав у Вас впечатление, что какие-то шаги были предприняты.

Заключение.

Как Вы видите, в некоторых случаях цели лечения будут поставлены прямо: лечение инфекции или состояния. Иногда картина будет менее ясной, как у пациента с необъяснимой усталостью. Иногда картина будет вводить Вас в заблуждение, как у студентки с большим горлом. Вы наверняка заметите, что определение целей лечения – хороший путь для выработки мышления. Он заставляет Вас сконцентрироваться на реальной проблеме, что ограничивает число возможных способов лечения и этим облегчает Ваш окончательный выбор.

Определение целей лечения предотвратит использование многих ненужных лекарств. Это должно остановить Вас от лечения двух болезней одновременно, если Вы не в состоянии сделать выбор между ними, как, например, назначение антималярийных препаратов и антибиотиков в случае лихорадки или антигрибковых и кортикостероидных мазей, когда Вы не можете сделать выбор между грибками и экземой.

Определение целей лечения также поможет Вам избежать лишних лекарственных средств для профилактики, таких как, например, использование антибиотиков для предупреждения инфицирования раны. Это показательный пример нерационального назначения лекарств.

Неплохо, если Вы перед началом лечебного процесса, обсудите цели лечения с больным. Этот разговор может выявить, что у него/нее отличающийся от Вашего взгляд на причину болезни, диагноз и лечение. Этот разговор делает пациента информированным партнером в лечении и помогает придерживаться рекомендаций врача.

Глава 8

СТУПЕНЬ 3: Проверка приемлемости Вашего П–лекарства

После определения целей лечения Вы должны проверить, подходит ли Ваше П–лекарство данному пациенту. Вы вспомните, что выбирали свое П–лекарство для воображаемого, стандартного пациента в определенных условиях, используя критерии – эффективность, безопасность, удобство в применении и стоимость. Безусловно, нельзя утверждать, что этот препарат подойдет всем. “Кулинарная книга” по медицине не имеет ничего общего с качественной медицинской практикой! Вы всегда должны проверять, годится ли это лекарство для данного пациента. То же самое следует делать, если Вы работаете в рамках национальных рекомендаций по лечению, по больничному справочнику или по справочнику, составленному отделом.

В главе 5 было дано объяснение по П–лекарствами и П–лечению. Фактически, Вы должны определить П–лечение для наиболее простых проблем, встречающихся на практике; такое П–лечение часто будет включать безмедикаментозное лечение. Но так как это пособие, в основном, сконцентрировано на выработку навыков по назначению лекарств, с этого момента в центре внимания – медикаментозное лечение с использованием П–лекарств. Но всегда помните, что многим пациентам лекарства вообще не нужны!

Точкой отсчета данной ступени является просмотр Ваших П–лекарств, (описанных во 2 Части), или рекомендаций по лечению, которые у Вас есть. В любом случае Вам надо проверить три аспекта: (1) подходят ли активные действующие вещества и лекарственные формы данному пациенту? (2) подходит ли ему стандартная схема приема? и (3) подходит ли ему срок лечения? По каждому аспекту Вам надо посмотреть, является ли предложенное лечение эффективным и безопасным. Проверка эффективности включает просмотр показаний лекарства и удобства лекарственной формы. Безопасность связана с противопоказаниями и возможными взаимодействиями. Будьте внимательны с некоторыми группами повышенного риска.

Проверьте приемлемость Ваших П–лекарств

А: Активное действующее вещество и его лекарственная форма

В: Стандартная схема приема

С: Стандартная продолжительность лечения

Для каждого из них проверьте:

- **Эффективность** (показания, удобство в применении)
- **Безопасность** (противопоказания, взаимодействия, группы высокого риска)

Ступень 3А: Подходят ли действующие вещества и лекарственная форма конкретному пациенту?

Эффективность

Мы допускаем, что все Ваши П-лекарства уже выбраны на основе эффективности. Однако Вам следует проверить, будет ли данное лекарство эффективно воздействовать на конкретного пациента. С этой целью Вы должны проверить, действительно ли это действующее вещество поможет достижению лечебных целей, и является ли лекарственная форма подходящей для пациента. Для него удобство лекарственной формы играет не последнюю роль при выполнении указаний врача, следовательно отражается на эффективности. Усложненная лекарственная форма или упаковка и специальный режим хранения могут стать преградами для некоторых пациентов.

Безопасность

Таблица 5: Факторы и группы повышенного риска

Беременность
Лактация
Дети
Пожилые люди
Почечная недостаточность
Печеночная недостаточность
В анамнезе лекарственная аллергия
Другие лекарства
Другие медикаменты

Безопасность лекарств для индивидуального пациента зависит от противопоказаний и взаимодействий; чаще всего это встречается в группах повышенного риска. Противопоказания обусловлены механизмом действия лекарства и особенностями индивидуального пациента. У лекарств одной группы обычно совпадают противопоказания. Некоторые пациенты попадают в группу повышенного риска (см. таблицу 5) и также следует принимать во внимание любую другую сопутствующую болезнь. Некоторые побочные явления серьезны только для определенной категории пациентов, например, сонливость для водителей. Взаимодействие может произойти между лекарством и любым другим веществом, принятым пациентом.

Большее известно о взаимодействии с другими назначенными одновременно лекарствами, но Вы также должны подумать о лекарствах безрецептурного отпуска, которые пациент возможно принимает. Взаимодействие может также произойти с едой или напитками (особенно алкогольными). У некоторых лекарств происходит химическая реакция с другими активными компонентами и они становятся неэффективными (например, тетрациклин и молоко). К счастью, на практике только небольшое число взаимодействий клинически значимо.

Упражнение: пациенты 13–16

Проверьте в каждом из данных случаев приемлемости (эффективность, безопасность) активного действующего вещества и его лекарственной формы для данного пациента. Анализ примеров приведен ниже.

Пациент 13:

Мужчина 45 лет. Страдает от астмы. Принимает сальбутамол ингаляционно. Несколько недель назад Вы поставили диагноз – гипертоническая болезнь (145/100). Вы порекомендовали диету с ограничением соли, но давление остается высоким. Вы решаете добавить в лечебный процесс еще одно лекарство. Вашим П-лекарством для пациентов до 50 лет являются таблетки атенолола 50 мг в день.

Пациент 14:

Девочка, 3 года. Она поступила к Вам в тяжелом астматическом состоянии. Ей трудно дышать – “затрудненный выдох”, (стерторозное дыхание) небольшой кашель без вязкой мокроты, температура 38,2° С. Дальнейший анамнез и физическое обследование ничего не выявили. Кроме небольших детских инфекций она до этого никогда не болела и не принимает никаких лекарств. Вашим П–лекарством для подобных случаев является салбутамол в виде ингаляции.

Пациент 15:

Женщина 22^х лет. Двухмесячная беременность. Обширный абсцесс на ее правом предплечье. Вы приходите к заключению, что ей срочно нужна операция, а пока Вы хотите облегчить ей боль. Ваше П–лекарство при обычной боли – это таблетки ацетилсалициловой кислоты (аспирин).

Пациент 16:

Мальчик 4^х лет. Кашель и температура 39,5°С. Диагноз – пневмония. Вашим П–препаратом выбора при пневмонии являются таблетки тетрациклина.

Пациент 13: (гипертония)

Атенолол хорошее П–лекарство для лечения гипертонической болезни у пациентов до 50 лет, которое подходит вашему больному. Хотя, как и все бета–адреноблокаторы, относительно противопоказан при астме. Несмотря на то, что это селективный бета–адреноблокатор, он может вызвать астматические проблемы, особенно в больших дозах, т.к. избирательность в таких случаях уменьшается. Если астма не очень тяжелая, можно назначить атенолол в небольших дозах. При тяжелой астме лучше перейти на диуретики; любой гипотиазидный диуретик будет неплохим выбором.

Пациент 14: (ребенок с острым астматическим приступом)

Ему нужно быстродействующее средство. Действие таблеток слишком медленное. Ингаляторы действуют только тогда, когда пациент знает, как правильно их применять и когда он все еще в состоянии вдыхать. В случае астматического приступа это не всегда возможно; некоторые дети в возрасте до пяти лет могут испытывать трудности с вдыханием препарата. Внутривенная инъекция маленьким детям также сопряжена с трудностями. Если нельзя использовать ингалятор, то лучшей альтернативой является внутримышечная инъекция салбутамола, которая легко выполняется, но немного болезненна.

Пациент 15 (абсцесс)

Пациентка беременна и ей скоро предстоит операция. В таком случае ацетилсалициловая кислота противопоказана, т.к. влияет на свертываемость крови и может проникать через плаценту. Вы должны подобрать другое лекарство, не влияющее на свертываемость. Парацетамол хороший выбор и нет доказательств его отрицательного воздействия на плод при краткосрочном применении.

Пациент 16 (пневмония)

Тетрациклин не лучшее лекарство для детей моложе 12 лет, потому что он может привести к окраске зубов. Лекарство вступает во взаимодействие с молоком и у ребенка могут возникнуть проблемы с проглатыванием больших таблеток. Лекарство и, если возможно, лекарственная форма должны быть заменены. Хорошими альтернативами могут быть котримоксазол и амоксициллин. Таблетку или ее часть нужно раздробить и растворить в воде. Это будет эффективно с точки зрения затрат, если Вы сможете ясно объяснить всю процедуру родителям. Это дешевый и удобный способ введения лекарства ребенку. Есте-

ственно, этого нельзя делать с капсулами и специальными таблетками (сладкое покрытие или таблетки для медленного всасывания). Вы можете также выписать более удобную лекарственную форму, например сироп, но это дороже.

Всем этим пациентам Ваше П-лекарство не подошло и в каждом случае Вы вынуждены были заменить или активное начало, или лекарственную форму, или и то и другое. Атенолол был противопоказан из-за другой болезни (астма); ингалятор не подошел, потому что ребенок слишком мал, чтобы его применять; ацетилсалициловая кислота была противопоказана, потому что она влияет на свертываемость крови и потому что пациентка беременна; тетрациклин был противопоказан из-за серьезных побочных эффектов у маленьких детей, возможного взаимодействия с молоком и неудобства лекарственной формы.

Ступень 3В: Удобна ли пациенту стандартная схема приема препарата?

Целью схемы приема лекарственного средства является поддержание плазменного уровня лекарства в рамках терапевтического коридора. Как и на предыдущей ступени, схема приема должна быть эффективной и безопасной для пациента. Есть две причины по которым стандартная схема может нуждаться в корректировке: терапевтическая широта и/или кривая концентрации препарата в плазме могут изменяться или схема приема лекарства неудобна для пациента. Если Вы не знакомы с концепцией терапевтической широты и кривой изменения концентрации препарата в плазме, прочтите Приложение 1.

Упражнение: Пациенты 17–20

Проверьте, во всех ли случаях схема приема лекарств подходит (эффективна, безопасна) для Вашего пациента. При необходимости ее адаптируйте. Анализ примеров приведен ниже.

Пациент 17:

Женщина, 43^х лет. Анамнез – инсулино–зависимый диабет в течение 6 лет. Стабильность обеспечивается двумя дневными дозами нейтрального инсулина 20 ЕД и 30 ЕД. Недавно был поставлен диагноз умеренной гипертонии; диета и общие рекомендации не дали видимых результатов. Вы предполагаете лечить это состояние при помощи бета–адреноблокатора. Ваше П-лекарство – это атенолол, 50 мг 1 раз в день.

Пациент 18:

Мужчина, 45 лет. Конечная стадия рака легких. Он потерял в весе 3 кг за последнюю неделю. Вы успешно применяли Ваше П-лекарство, оральный раствор морфина, по 10 мг дважды в день для устранения болей. Теперь он жалуется на усиление болей.

Пациент 19:

Женщина, 50 лет. Хронический ревматизм, Вы назначили Ваше П-лекарство, индометацин, 3 раза по 50 мг в день плюс 50 мг суппозитории на ночь. Она жалуется на боли по утрам.

Пациент 18, через неделю:

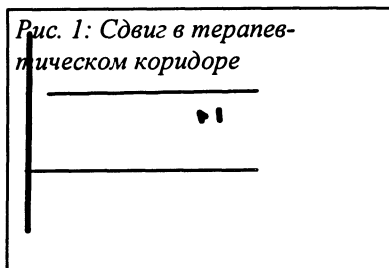
Он потерял в весе еще 6 кг и выглядит очень болезненно. Он держался на оральном растворе морфина, 15 мг дважды в день, это ему хорошо помогало. Хотя он стал очень сонным и его надо разбудить, чтобы он услышал, что Вы ему говорите. Болей нет.

Пациент 20:

Мужчина, 73 года. Уже два года, как после смерти жены страдает от депрессии. Вы хотите назначить ему антидепрессант. Ваше П-лекарство – амитриптилин, сначала по 25 мг в день, затем постепенное увеличение дозы до тех пор, пока лекарство не подействует (максимальная доза 150 мг в день).

Изменение терапевтической широты

По ряду причин (например, возраст, беременность, орган с нарушением функций) конкретный пациент отличается от среднестатистического. Эти различия могут влиять на фармакодинамику и фармакокинетику Вашего П-лекарства. Изменение фармакодинамики может отразиться на уровне (позиции) или терапевтической широте (Рис.1, см. также приложение 1). Терапевтическая широта отражает чувствительность пациента к действию лекарства. Изменения в нем показывают, “резистентен” ли это пациент, или он с повышенной чувствительностью.



Единственный путь определения терапевтического коридора у конкретного пациента лежит через испытание, внимательный контроль и Вашу логику.

Для пациента 17 (диабет) важно отметить, что бета-адреноблокаторы нейтрализуют действие инсулина. Это означает, что требуется большая концентрация инсулина для достижения той же цели; терапевтическая широта для инсулина сдвигается вверх. Кривая концентрации в плазме более не соответствует широте, и дневная доза инсулина должна быть увеличена. Бета-адреноблокаторы могут также маскировать некоторые признаки гипогликемии. По этим двум причинам Вы можете заменить атенолол препаратом из другой группы, который не влияет на толерантность к глюкозе, например на группу блокаторов кальциевых каналов.

Пациент 18 (рак легких) скорее всего стал толерантным к морфину, т.к. до этого он хорошо переносил лекарство. Толерантность к действию, а также к побочным явлениям очень распространена при применении опиатных анальгетиков. Терапевтический коридор сдвигается вверх и доза должна быть увеличена, например, 15 мг дважды в день. У терминальных пациентов всасывание и метаболизм могут быть настолько изменены, что могут быть необходимы большие дозы (например 10 обычных доз).

Изменение в графике “концентрация в плазме/время”
Кривая концентрации в плазме/время может повышаться и понижаться, или концентрация может колебаться вне терапевтической широты. Это зависит от фармакокинетики лекарства у данного пациента.

Рис. 2. Медленное падение концентрации в плазме поздно ночью у пациента 19.

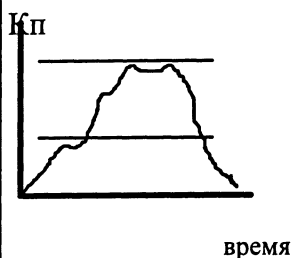
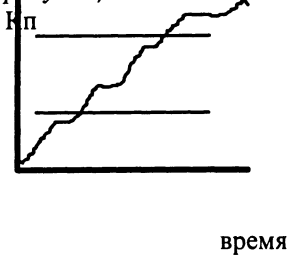


Рис.3. Концентрация в плазме поднимается выше терапевтического коридора у пациента 18.



У пациентки 19 (боли по ночам), вероятно, концентрация индометацина в плазме падает ниже терапевтического коридора рано утром. Любые изменения в назначении должны быть направлены на поднятие уровня в плазме в этот период. Вы можете ей посоветовать принимать вечернюю дозу попозже или же по сигналу будильника ночью принять дополнительную таблетку. Вы также можете увеличить дозу вечернего суппозитория до 100 мг, уменьшив утреннюю таблетку до 25 мг.

Второй визит пациента 18 (рак легких) представляет собой сложный случай. Вероятнее всего, у него произошла передозировка, потому что метаболизм у него ослаблен последней стадией рака, снижая выведение препарата и этим увеличивая период его полувыведения. В дополнение, из-за истощения снижен объем распределения в его теле. График вероятно проходит выше терапевтической широты, показывая, что дневная доза должна быть уменьшена. Помните, что потребуется около четырех периодов полувыведения для снижения концентрации в плазме до нового равновесия.

Таблица 6:

Связь между ВРМВ факторами и концентрацией в плазме.

Кривая концентрации в плазме падает, если:

- Всасывание низкое
- Распределение высокое
- Метаболизм высокий
- Выделение – высокое

Кривая концентрации плазмы поднимется, если:

- Всасывание высокое
- Распределение низкое
- Метаболизм низкий
- Выделение низкое

Если Вы хотите ускорить этот процесс, Вы должны приостановить принятие морфина на один день, после чего Вы можете начать с новой дозы. Это – противоположный процесс дозы насыщения.

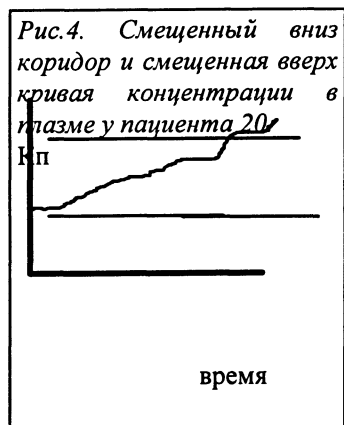
Ход кривой изменения концентрации плазмы определяют четыре фактора, называемые обычно ВРМВ – факторами: Всасывание, Распределение, Метаболизм, Выделение. Вы всегда должны проверять, отличаются ли ВРМВ – факторы Вашего пациента от среднестатистического. Если да, тогда Вы должны определить, как это повлияет на кривую концентрации в плазме. Любые отклонения ВРМВ – факторов влияют на концентрацию в плазме (см. Табл.6).

Как Вы можете определить позицию кривой концентрации в плазме для индивидуального пациента? Концентрация в плазме может быть измерена лабораторными исследованиями, но во многих случаях это невозможно и может очень дорого стоить. Более важно, что каждое измерение отражает концентрацию только в одной точке кривой и интерпретация затруднена

без специальной подготовки и опыта. Многократное измерение дорогостоящее и может подавляюще подействовать на пациента, особенно, если это делается не в стационаре. Гораздо легче поискать клинические признаки токсических эффектов. Очень часто это легко обнаружить через анамнез и клинические исследования.

Изменения в широте и на графике

Изменения и в широте и в графике также возможны, что хорошо видно на примере пациента 20 (депрессия) (см. Рис. 4). Люди пожилого возраста принадлежат к категории групп повышенного риска. В схеме приема антидепрессантов для лиц пожилого возраста рекомендуется уменьшение дозы наполовину от взрослой дозы по двум причинам.



Первое, у пожилых терапевтический коридор антидепрессантов смещается вниз (будет достаточно более низкая концентрация препарата в плазме). При полной взрослой дозе кривая может привести к побочным действиям, особенно к антихолинергическим и кардиальным эффектам. Второе, метаболизм и почечный клиренс препарата и его активные метаболиты могут быть снижены у пожилых, что также поднимет уровень кривой концентрации в плазме. Таким образом, если вашему

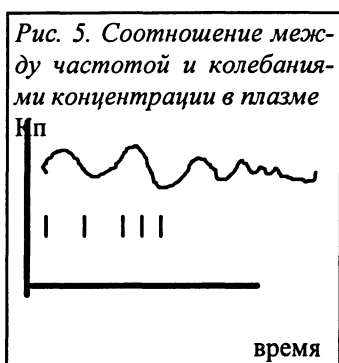
пациенту будет назначена нормальная взрослая доза, он будет обречен на ненужные и, возможно, опасные побочные явления.

Удобство приема

Схема приема должна быть простой. Чем сложнее схема приема, тем она неудобнее. Например, две таблетки в день гораздо удобнее, чем по пол-таблетки четыре раза в день. Чем сложнее схема приема, особенно, если принимается более одного лекарства, тем меньше следует пациент указаниям врача, этим уменьшая эффективность лечения. Постарайтесь приспособить схему приема к распорядку дня Вашего пациента.

Пациентам 17–20 стандартная схема приема Вашего П-лекарства не подошла. Если Вы не приспособите схему, Ваше лечение П-лекарством будет менее эффективным и безопасным. Этого можно избежать, тщательно сверив соответствие стандартной схемы приема до выписывания рецепта. Вы можете модифицировать схему или заменить одно лекарство на другое П-лекарство.

Как подобрать схему приема



Существуют три пути восстановления несовпадения между кривой и коридором: изменение дозы, изменение частоты введения средства или изменение обоих вместе. Изменение дозы и частоты введения имеют различное действие. Суточная доза определяет среднюю концентрацию в плазме, в то время, как частота введения определяет колебания уровня плазменной кривой. Например, дважды в день 200 мг дают ту же среднюю концентрацию лекарственного вещества в плазме, что и четыре раза в день по 100 мг, но с большими колебаниями уровня плазмы. Минимальное колебание будет зафиксировано при 24-часовом введении 400 мг лекарственного средства путем инфузии (см. Рис. 5).

Уменьшить суточную дозу несложно. Вы можете снизить число таблеток или разделить их на половины. Надо быть осторожным с антибиотиками, так как некоторые из них, чтобы быть эффективными, должны достичь пика концентрации в плазме. В таких случаях Вы должны снизить частоту приема, но не дозу.

Увеличение суточной дозы несколько более сложный процесс. Увеличение дозы в два раза при той же частоте приема не только увеличит среднюю концентрацию в плазме, но также увеличит разброс по обе стороны графика. У лекарств с ограниченной безопасностью (узкий терапевтический коридор) кривая может колебаться в таких случаях вне терапевтического коридора. Наиболее безопасным способом предотвратить это является повышение частоты приема лекарства. Однако немногим пациентам понравится принимать лекарство 12 раз в день и надо найти компромиссное решение, чтобы обеспечить точное следование пациента указаниям врача. После изменения суточной дозы лекарства требуется четыре периода полувыведения для достижения нового стационарного состояния. В таблице 7 приведены те лекарства, для которых рекомендуется постепенное увеличение принимаемой дозы.

Таблица 7

Лекарства, для которые рекомендуется постепенное увеличение дозы:

- Трициклические антидепрессанты (антихолинергический эффект)
- Некоторые противоэпилептические препараты (карбамазепин и вальпроевая кислота)
- Лекарства для лечения Паркинсонизма на основе леводопы
- Ингибиторы ацетилхолинэстеразы у пациентов, применяющих диуретики
- Блокаторы альфа-рецепторов при гипертонии (ортостатический синдром)
- Некоторые гормональные препараты (кортикостероиды, левотироксин)
- Соли золота при ревматизме
- Микстуры для десенсибилизации
- Опиатные анальгетики при раковых заболеваниях

Ступень 3С: Подходит ли пациенту стандартная продолжительность курса лечения?

Многие доктора не только назначают слишком много лекарств на слишком долгий срок, но также очень часто – недостаточно лекарств на короткий срок. В одном научном исследовании было выявлено, что 10% пациентов, принимающих бензодиазепины, делают это год или даже дольше. Другое исследование показало, что 16% нестационарных больных раком страдают от боли только потому, что врачи боялись назначать морфин на длительный период времени. Они принимают толерантность за зависимость (наркоманию). Продолжительность курса лечения и количество лекарств должны быть эффективны и безопасны для конкретного больного.

Излишнее количество назначенных лекарств может привести к нежелательным последствиям. Пациент получает ненужное лечение или лекарство теряет часть своего потенциального действия. Могут появиться ненужные побочные реакции. Имея большое количество препарата на руках, пациент может его передозировать. Может возникнуть лекарственная зависимость и наркомания. Некоторые лекарства, которые, например, непосредственно готовят перед использованием, такие, как глазные капли или сиропы антибиотиков, могут подвергнуться микробному загрязнению. Пациенту будет неудобно принимать сразу много лекарств. И последнее, но не менее важное состоит в том, что ценные и порой ограниченные ресурсы пускаются на ветер.

Недостаточное назначение – также серьезная проблема. Лечение малоэффективно и позже может возникнуть необходимость более оперативного и дорогостоящего лечения. Профилактика может оказаться неэффективной и привести к серьезному заболеванию, например, малярией. Большинство пациентов сочтет неудобным возвращение к дальнейшему лечению. Деньги, потраченные на неэффективное лечение, это деньги выброшенные на ветер.

Упражнение: пациенты 21–28

Для каждого случая проверьте правильность приемлемости (эффективность и безопасность) назначенных лекарственных средств с точки зрения продолжительности курса и общего количества лекарств. Во всех случаях можете считать, что это Ваши П-лекарства.

Пациент 21:

Женщина, 26 лет. Диагноз – недавняя депрессия. Rp.: amitriptilin 25 мг, одна таблетка на ночь каждый день, 30 таблеток на курс.

Пациент 22:

Ребенок, 6 лет. Лямблиоз с упорным поносом. Rp.: метронидазол 200 мг/5 мл оральной суспензии, 5 мл 3 раза в день, 105 мл.

Пациент 23:

Мужчина, 18 лет. Сухой кашель после простуды. Rp.: кодеин 30 мг, по 1 таблетке 3 раза в день, 60 таблеток.

Пациент 24:

Женщина, 62^x лет. Стенокардия, ждет направления к специалисту. Rp.: нитроглицерин 5 мг, по необходимости 1 таблетку сублингвально, 60 таблеток.

Пациент 25:

Мужчина, 44^x лет. Бессонница. Пришел за повторным рецептом, Rp.: diazepam 5 мг, 1 таблетка перед сном, 60 таблеток.

Пациент 26:

Девушка, 15 лет. Нужна антималярийная профилактика для двухнедельной поездки в Гану. Rp.: мефлоквин 250 мг, по одной таблетке еженедельно, выдано 7 таблеток: прием начинать за неделю до поездки и продолжать 4 недели после возвращения.

Пациент 27:

Мальчик, 14 лет. Острый конъюнктивит. Rp.: тетрациклин 0.5% – глазные капли, первые 3 дня ежечасно по одной капле, затем по 2 капли каждые 6 часов, всего 10 мл.

Пациент 28:

Женщина, 24 года. Чувствует слабость и выглядит слегка анемичной. Отсутствует анализ на гемоглобин. Rp.: сульфат железа 60 мг таблетки, по одной таблетке 3 раза в день, 30 таблеток.

Пациент 21 (депрессия)

Доза 25 мг в сутки вероятно недостаточна для лечения ее депрессии. Хотя она может начать с такой малой дозы и принимать несколько дней или неделю, в основном, чтобы привыкнуть к побочным действиям, а затем она будет нуждаться в 100–150 мг в день. 30 таблеток ей хватит на месяц, если дозировка не изменится в течение этого периода. А как насчет безопасности? В начале лечения эффективность и побочные действия трудно предвидеть. И если лечение придется прекратить, оставшиеся лекарства станут не нужны. Риск суицида также должен быть принят во внимание: пациенты с депрессией более подвержены идеям суицида на начальной стадии лечения, когда они становятся более активными из-за действия лекарства, но все еще чувствуют себя подавленными. Поэтому 30 таблеток не стоит выписывать. Лучше начать с 10 на первую неделю. Если ей станет лучше, то можно увеличить дозу.

Пациент 22 (лямблиоз)

В случае большинства инфекционных заболеваний требуется время, чтобы уничтожить возбудителя и кратковременное лечение может быть неэффективным. Однако при длительном лечении микроорганизмы могут выработать резистентность и будет зарегистрировано больше побочных действий. У этого пациента назначение на лечение эффективно и безопасно. Лямблиоз со стойким поносом следует лечить в течение одной недели и 105 мл как раз хватит на этот период. Может быть это даже слишком точное количество. Многие провизоры не хотят отпускать по рецепту такие количества как 105 мл или 49 таблеток. Они предпочитают круглые цифры, например 100 мл или 50 таблеток, потому что так легче произвести расчет, и лекарства обычно хранятся или расфасованы в таких количествах.

Пациент 23: (сухой кашель)

Количество таблеток избыточно для этого пациента. Упорный сухой кашель мешает лечению раздраженной бронхиальной ткани. Так как для регенерации ткани требуется не в течении не более трех дней, то кашель следует купировать не более 5 дней и 10–15 таблеток будет достаточно. Хотя большее количество не повредит пациенту, но в этом нет необходимости, т.к это необоснованный дорогостоящий процесс. Некоторые врачи могут оспаривать, что лекарство вообще нужно в данном случае (см. стр. 8).

Пациент 24 (стенокардия)

Для этой пациентки количество лекарственного средства слишком велико. Она вряд ли использует 60 таблеток до следующего приема у специалиста. Как Вы помните, это лекарство летуче. И через некоторое время таблетки станут малоэффективными.

Пациент 25 (бессонница)

Повторное назначение для пациента 25 внушает опасения. Вы вдруг вспоминаете, что недавно он приходил к Вам с той же просьбой и Вы сверяете записи. Это было две недели назад! После внимательного изучения Вы обнаруживаете, что последние 3 года он 4 раза в день принимал диазепам. Это лечение было дорогостоящим, вероятно, малоэффективным и привело к сильной зависимости. Вы должны поговорить с пациентом в его следующее посещение и обсудить с ним как постепенно отказаться от лекарства.

Дополнение 5: Повторное назначение лекарства в повседневной практике

При длительном лечении становится проблемой соблюдение пациентом указаний врача. Зачастую пациенты прекращают прием лекарства, как только исчезают симптомы или появляется побочное действие. Для пациентов-хроников повторные рецепты готовятся в приемной или ассистентом и лишь подписываются врачом. Это удобно как врачу, так и пациенту, но есть определенная доля риска в том, что процесс обновления станет рутинной, а не осознанным актом. Автоматическое заполнение рецептов является одной из главных причин чрезмерного назначения лекарственных средств в развитых странах, особенно при хронических болезнях. Когда пациент живет далеко, погоня за удобством может привести к назначению препарата на продолжительный срок, что также может привести к чрезмерному назначению. Вы должны консультировать своего пациента при долговременном лечении самое малое четыре раза в год.

Пациент 26 (профилактика малярии)

Это назначение соответствует рекомендациям ВОЗ по профилактике малярии при посещении Ганы. Схема приема правильная, и она получила достаточно таблеток на время путешествия и после. Кроме маленького риска резистентности, это медикаментозное лечение эффективно и безопасно.

Пациент 27 (острый конъюнктивит)

Назначение 10 мл. глазных капель, на первый взгляд, нормально. Фактически, глазные капли выписываются в таре по 10 мл. Но Вы когда-нибудь проверяли сколько в ней капель? В одном мл. приблизительно 20 капель, значит в 10 мл их около 200. Одна капля ежечасно в течение трех дней $3 \times 24 = 72$ капели. Значит в бутылочке осталось 128 капель. По 2 капели 4 раза в день на оставшийся период – это 8 капель в день. Это еще $13018 = 16$ дней. Общий курс лечения равен $3 + 16 = 19$ дней ! И все же, 7 дней лечения, в основном, должно быть достаточно для бактериального конъюнктивита. После некоторых арифметических действий $[72 + (4 \times 8) = 104$ капели $= 104 \times 0.05 = 52$ мл]. Вы приходите к выводу, что 5 мл хватит на будущее. Это также поможет избежать остатков, которые могут быть использованы в будущем без диагностирования. Что более важно – глазные капли становятся загрязненными микроорганизмами через несколько недель, особенно, если они хранились не в прохладном месте, что может привести к инфицированию глаз.

Пациент 28 (слабость)

Вы заметили, что это типичный пример назначения лекарственного средства без четкого определения целей лечения? Если диагноз не определенный, нужно измерить гемоглобин. Если у пациентки анемия, она будет нуждаться в гораздо большем количестве железа, чем то что она получает за 10 дней. Ей понадобится лечение в течение нескольких недель или месяцев с регулярной проверкой гемоглобина.

Заключение

Проверка того, подходит ли Ваше П–лекарство конкретному пациенту, который сидит напротив Вас, вероятно, наиболее важный шаг в процессе рационального назначения лекарственных средств. К данному шагу также следует прибегнуть, если Вы работаете в среде, где есть и перечень основных лекарственных средств, справочники и рекомендации по лечению. В повседневной практике адаптация схем приема для конкретного пациента вероятно наиболее простая процедура, которую Вы будете выполнять.

Резюме

СТУПЕНЬ 3: Проверьте, подходит ли Ваше П-лекарство конкретному пациенту.

3А: Соответствуют ли активные действующие вещества и их лекарственные формы?	
Эффективность:	Показания (лекарство действительно необходимо)? Удобство (легко принимать, стоимость)?
Безопасность:	Противопоказания (группа повышенного риска, другие заболевания)?

3В: Подходящий ли режим дозирования?

Эффективность:	Адекватное дозирование (кривая концентрации в находится в терапевтической широте) Удобство. (легко запомнить, легко выполнить)?
Безопасность:	Противопоказания (группа повышенного риска, другие заболевания)? Взаимодействие (лекарство, продукты питания, алкоголь)?

3С: Удобна ли продолжительность курса лечения?

Эффективность:	Адекватная длительность (инфекции, профилактика, время введения)? Удобство (легко хранить, стоимость)?
Безопасность:	Противопоказания (побочные действия, зависимость, самоубийства)? Чрезмерное количество (потеря качества, использование остатков)?
Если необходимо, замените лекарственную форму, схему приема, продолжительность курса лечения. В некоторых случаях вообще лучше произвести замену на другой препарат.	

Глава 9

СТУПЕНЬ 4: Выписывание рецепта

Рецепт – это инструкция от лица выписывающего рецепт (обычно – врача), лицу, отпускающему лекарство по рецепту. Выписывающий – не всегда врач, это может быть и парамедик, например ассистент врача, акушер или медсестра. Отпускающий лекарства – не всегда провизор, это может быть технический работник аптеки, ассистент или медсестра. В каждой стране – собственные стандарты о минимуме информации, требуемой для рецепта, и свои собственные законы и правила по определению лекарств, отпускаемых по рецепту, и по тому кто имеет право их выписывать. Во многих странах существуют отдельные правила по выписыванию наркотических средств.

R/ Datum. 23/11/90
Vernon. A. A.
de. No 20
Rybnitskye 1.2.18
L. K. S. 12.11
K. V. 1.1.1

Никогда так не пишите!

Информация на рецепте

По рецептам не существует стандартов и в каждой стране свои правила. Вы знакомы с требованиями к рецепту в Вашей стране? Самое главное требование: рецепт должен быть ясен. Он должен быть разборчивым и точно указывать, что нужно отпустить. Многие рецепты все еще пишутся на латыни; местный язык предпочтительнее. Ошибок будет немного, если Вы включите в рецепт следующую информацию:

Имя и адрес выписывающего с номером телефона (если это возможно)

Это обычно заранее заготовленный бланк. Если у провизора есть вопросы по рецепту, он легко может связаться с лицом выписавшим рецепт.

Дата выписывания

Во многих странах рецепт не имеет ограничений по срокам действия, но в некоторых странах провизор не отпустит лекарство по рецепту трех/шестимесячной давности. Вы должны знать какие правила в Вашей стране.

Название и количество лекарства.

Rp.: (не R_x) – это сокращенное от *Recipe* (латинское слово “брать”). После **Rp.:** Вы должны написать название лекарства и его количество. Рекомендуется использовать дженерическое название (не патентованное). Это для просвещения и информации. Это означает, что Вы не выражаете Вашу точку зрения о конкретном фирменном лекарстве, которое может быть слишком дорого для пациента. Это также помогает провизору хранить меньшее количество лекарств в аптеке или отпускать самое дешевое. Однако, если есть конкретные причины выписать фирменное лекарство, то должно быть добавлено торговое наименование. В некоторых странах разрешается замена дженерика провизором и требуется добавить на бланке “не заменять” или “отпускать как выписано”, если конкретно это, а не какое-то другое наименование должно быть отпущено.

Назначенное количество должно показывать, сколько миллиграммов должно содержаться в каждой таблетке, суппозитории или миллилитре раствора. Сокращения, которые используются, должны быть общепринятыми, международными: г вместо грамм, мл вместо миллилитр. Старайтесь избегать дробей и, где необходимо, пишите полностью словами, чтобы не произошло путаницы. Например, пишите левотироксин 50 микрограммов, а не 0.050 миллиграммов и т.д. Неразборчиво написанный рецепт может привести к ошибкам. Писать разборчиво и четко – юридическая обязанность врача (приложение 7). В рецептах на лекарства находящиеся под контролем и тех, которые потенциально наркотические, более безопасно писать численность и общее количество действующих веществ словами во избежание подделывания. Инструкция по применению должна быть четкой, и также должна быть упомянута максимальная суточная доза. Используйте несмываемые чернила.

Дополнение 6: Разборчивое выписывание рецепта – юридическая обязанность.

Врачи юридически обязаны писать разборчиво, это было подчеркнуто в заявлении апелляционного суда Великобритании по поводу следующего случая. Врач выписал рецепт на Амоксил в таблетках (амоксициллин). Провизор неправильно прочитал и отпустил вместо этого даонил (глибенкламид). Пациент не был диабетиком и в результате приема этого лекарства стал страдать постоянными церебральными нарушениями.

Суд указал, что врач обязан заботиться о пациенте и выписывать рецепт ясно и достаточно разборчиво во избежание возможных ошибок со стороны занятого провизора. Суд пришел к заключению, что слово амоксил в рецепте можно было прочесть как даонил. Они решили, что врач нарушил свою обязанность – писать ясно, и проявил халатность. Суд пришел к заключению, что халатность врача внесла свой вклад в халатность провизора, хотя большая часть ответственности (75%) лежит на провизоре.

На апелляции врач сказал, что слово в рецепте могло быть действительно неправильно прочитано, но другие аспекты рецепта должны были насторожить провизора. Выписанное количество является приемлемым для амоксила, но не для даонила; назначение принимать три раза в день – нормально для амоксила, в то время, как даонил принимают один раз в день. Рецепт был только для семидневного приема лекарства, что неприемлемо для даонила; и, наконец, все диабетические лекарства – бесплатны в Национальной системе Здравоохранения, а пациент не обратился за бесплатным лечением этим лекарством. Все эти факторы должны были бы заставить провизора задуматься и, в результате, он должен был бы связаться с врачом. Таким образом, цепь обвинений от плохого почерка врача до травмы была разорвана. Апелляционный суд отклонил этот аргумент. Выполнение этой нормы предусматривает юридическую обязанность врача писать ясно, что означает – достаточно разборчиво, во избежание ошибок другими. Когда неразборчивый почерк становится нарушением этой обязанности и приводит к травме, тогда суды должны быть готовы наказать халатность и обязать компенсировать нанесенный ущерб.

Ответственность не кончается, когда рецепт покидает приемную врача. Он может быть причиной халатности других.

Источник: JR Coll Gen Prakt: 1989: 347–8

Лекарственная форма и количество

Используйте только стандартные сокращения, которые будут известны и провизору.

Информация для этикетки упаковки

S стоит вместо Signa (по-латински – писать). Вся информация следом за S или словом “этикетка” должна быть скопирована провизором на этикетку упаковки. Она должна включать: сколько лекарства следует принять, как часто, и любые специфические инструкции и предупреждения. Это должно быть сделано на обычном, понятном непрофессионалу языке. Не используйте сокращения и положения типа “как раньше” или “как указано”. Когда пишется “как требуется”, интервал между максимальной и минимальной дозой должен быть указан.

Некоторые указания провизору, типа “добавить 5мл (измерительную ложечку)”, тоже пишутся здесь, но конечно, не переписываются на этикетку.

Инициалы и подпись лица выписывающего рецепт.

Имя и адрес пациента; возраст (для детей и пожилых людей).

Дополнение 7: Неполные этикетки

Этикетка на упаковке лекарств очень важна для пациента, как напоминание инструкции по применению. Хотя во многих случаях этикетки не заполнены полностью. Анализ 1533 (=100%) этикеток показал:

Этикетки отсутствуют или неразборчивы	1%
Количество не указано	50%
Нет указаний, или только “как раньше/как рекомендовано”	26%
Нет даты	14%

Данные, перечисленные выше, это основа для любого рецепта. Может быть дана и дополнительная информация, как например, вид медицинской страховки пациента. Форма бланка для рецепта может быть различна в разных странах. В некоторых странах рецепты на наркотики должны быть выписаны на специальных бланках. В больницах часто имеются свои собственные стандартные бланки для рецептов. Как Вы уже смогли удостовериться, все рецепты в этой главе содержат, как правило, самую основную информацию.

Упражнение: пациенты 29–32

Выпишите рецепты для каждого из приведенных ниже пациентов. Анализ рецептов дан ниже

Пациент 29:

Мальчик, 5 лет. Пневмония с зеленоватой мокротой. Ваше П-лекарство – амоксициллин, сироп.

Пациент 30:

Женщина, 70 лет. Умеренная застойная сердечная недостаточность. В течение нескольких дней принимает дигоксин 0.25 мг., по 1 таблетке в день. Она звонит с просьбой о повторном рецепте. Так как Вы ее не видели в течение некоторого времени, Вы просите ее зайти. На приеме она жалуется на небольшую тошноту и потерю аппетита. Рвоты и поноса не наблюдается. Вы подозреваете, что жалобы

связаны с побочным действием дигоксина и звоните ее кардиологу. Так как у пациентки назначена встреча с кардиологом на следующую неделю, а сейчас он очень занят, он рекомендует пока уменьшить дозу наполовину.

Пациент 31:

Женщина, 22 года. Новая пациентка. Мигрень с постоянно учащающейся рвотой. Парацетамол во время приступов уже неэффективен. Вы ей объясняете, что парацетамол не действует, так как во время рвоты он выводится из организма, не успев всосаться. Вы выписываете ей парацетамол плюс противорвотные суппозитории – метоклопрамид, которые она должна принимать за 20–30 минут до приема парацетамола.

Пациент 32:

Мужчина, 53 года. Рак поджелудочной железы, последняя стадия, прикован к постели, находится дома. Вы навещаете его раз в неделю. Сегодня позвонила его жена и попросила зайти, у пациента сильные боли. Вы немедленно отправляетесь к нему. В выходные он плохо спал, регулярный прием болеутоляющих средств на него не действует. Вместе Вы решаете принимать морфин в течение недели. Удостоверившись, что передозировки не будет, Вы начинаете давать морфин по 10 мг каждые 6 часов и 20 мг на ночь. У него также инсулино-независимый диабет и поэтому Вы добавляете в его рецепт толбутамид.

Все два рецепта были выписаны правильно (иллюстрации 6 и 7). Но все же следует сделать несколько небольших замечаний. Повторное выписывание, случай 30, не возбраняется. Часто рецепты бывают такого типа. Но тоже требуют пристального внимания. Никогда не выписывайте рецепт автоматически. Проверьте, сколько раз Вы его уже выписывали. Эффективно ли лекарство? Безопасно ли все еще выписанное лекарство? Так же ли оно необходимо, как и вначале?

В рецепте для пациента 32 концентрация и общее количество написаны прописью, так что опасность подлога исключается. Инструкция по применению расписана подробно с упоминанием максимальной суточной дозы. Во многих странах наркотические средства должны быть выписаны на специальных рецептурных бланках.

Краткое содержание

В рецепте должны содержаться:

- Имя, адрес, телефон лица, выписывающего рецепт
- Дата
- Название дженерика, концентрация
- Лекарственная форма, общее количество
- Этикетка: инструкция, предупреждения
- Имя, адрес, возраст пациента
- Подпись или инициалы выписывающего лица

Рис. 6: Рецепт для пациента 29

Рис. 7: Рецепт для пациентки 30

МИНЗДРАВ СССР
 Наименование учреждения (штамп учреждения)
 Приложение I к приказу Министерства здравоохранения СССР № 145 от 12.08.88. КОД ФОРМЫ ПО Откуд 3108305 Медицинская документация Форма № 148-П/88 утверждена Минздравом СССР 12.08.88.

РЕЦЕПТ Серия 1145 «Г» 025609 *
 01 ноября 1994 г.
 (дата выписки рецепта)

За одну стоимость	Бесплатно	Оплата:	50%	30%
1	2	3	4	5

Ф. И. О. больного Тамириков Петр
 (полностью) ИОВ Дети Прочие
 Возраст 5 лет

Адрес или № медицинской карты амбулаторного больного
Москва Докучаев пер. 2-1-1286

Ф. И. О. врача Комарова В П
 (полностью)

Руб.	Рр.
	Зпр. Amoxicillini 50 mg/ml D.t.d. n 1 flac (100 ml) 3. по 1 чайной ложке x 3 раза в день #

М.П. (подпись и личная печать врача)
 Рецепт действителен в течение 15 дней, 2 месяцев (ненужное зачеркнуть).
 ПП «Авангард» МСГО 44-3 040X80X2

МИНЗДРАВ СССР
 Наименование учреждения (штамп учреждения)
 Приложение I к приказу Министерства здравоохранения СССР № 145 от 12.08.88. КОД ФОРМЫ ПО Откуд 3108305 Медицинская документация Форма № 148-П/88 утверждена Минздравом СССР 12.08.88.

РЕЦЕПТ Серия 1145 «Г» 025609 *
 01 ноября 1994 г.
 (дата выписки рецепта)

За одну стоимость	Бесплатно	Оплата:	50%	30%
1	2	3	4	5

Ф. И. О. больного Фролова К. П
 (полностью) ИОВ Дети Прочие
 Возраст 70 лет

Адрес или № медицинской карты амбулаторного больного
Москва Дудинка 2-1-89

Ф. И. О. врача Комарова В П
 (полностью)

Руб.	Рр.
	Digoxini 0,25 mg D.t.d. n 4 in tabul. 3. по 1/2 таблетки в день # В. Комарова

М.П. (подпись и личная печать врача)
 Рецепт действителен в течение 15 дней, 2 месяцев (ненужное зачеркнуть).
 ПП «Авангард» МСГО 44-3 040X80X2

Глава 10

СТУПЕНЬ 5: Информирование, инструктирование и предостережение пациента



Пример: пациент 33

Женщина, 59 лет. Принимает лекарства от застойной сердечной недостаточности и артериальной гипертонии. Новый диагноз язва в желудке, по поводу которой ей было выписано лекарственное средство. Пока врач объясняет ей, почему ей назначается новое лекарство и как его следует принимать, она думает совершенно о другом. Голос доктора доносится до нее как-бы из тумана, а она с беспокойством думает о новой болезни, со страхом думает о последствиях и о том, как она сможет принимать так много лекарств. Врач не замечает, что его не слушают, он не вызывает пациентку на разговор, а лишь говорит и говорит. В аптеке ее мысли продолжают блуждать где-то, даже тогда, когда аптекарь объясняет, как принимать лекарство. Вернувшись домой, пациентка видит свою дочь, которая ждет, чтобы узнать о результатах ее визита к врачу. Даже не рассказывая о диагнозе, женщина делится своими опасениями, что она не сможет справиться с приемом всех этих лекарств. Дочь успокаивает мать и обещает, что поможет ей правильно принимать лекарства.

В среднем, 50% пациентов принимают назначенные лекарства неправильно, нерегулярно или вообще не принимают. Наиболее распространенными причинами являются: исчезновение симптомов, появление побочных действий лекарств, лекарство кажется недостаточно эффективным, схема приема сложна для пациента, особенно, для пожилого. Не следование указаниям врача может и не иметь каких-либо последствий. Например, нерегулярный прием тиазида дает то же действие, что и регулярный, так как это препарат с долгим периодом полувыведения и ровным графиком доза/эффект. Но лекарства с коротким периодом полувыведения (например, фенитоин) или с узкой терапевтической шириной (например, теофиллин), могут в результате нерегулярного приема стать неэффективными и токсичными.

Заставить пациента соблюдать указания врача можно тремя способами: качественным выбором лекарственных средств, налаживанию хороших отношений между врачом и пациентом, а также выделением времени для информирования, инструктажа и предупреждения пациента. Некоторые из вспомогательных средств пациентам даны в дополнении 9. Качественный отбор лекарственных средств означает как можно меньшее количество лекарств (предпочтительнее одного), с быстрым действием, с как можно меньшим числом побочных реакций, подходящую лекарственную форму с простой схемой приема (один, два раза в день) и, по возможности, для как можно более кратковременного периода лечения.

Как заставить пациента лучше соблюдать указания врача

- * Назначайте качественно выбранное лечение
- * Создайте взаимопонимание между пациентом и доктором
- * Отведите время на информирование, инструктаж и предупреждение пациента

Взаимопонимание между пациентом и врачом достигается на основе уважения чувств пациента и его мнения, желания вступить с ним в диалог, что делает пациента партнером в терапии. Информация, инструкции и предупреждения дают пациенту возможность понять и принять лечение и обеспечивают необходимыми навыками правильного приема лекарств. Опытным путем было выявлено, что менее 60% пациентов знали как правильно принимать назначенное лекарство. Информировать пациента следует понятным, доступным языком и хорошо бы попросить пациента своими словами пересказать основную информацию, данную Вами, чтобы удостовериться, что все было правильно усвоено. Функциональное название, например, “сердечные пилюли” часто легче запоминаются и они яснее в смысле показания.

Дополнение 8:

Вспомогательные меры для улучшения соблюдения пациентом указаний врача

Брошюры для пациентов

Брошюры для пациентов служат подкреплением информации, данной выписывающим лицом или провизором. Текст должен быть написан простым, понятным языком, разборчивым шрифтом.

Иллюстрации и краткое описание

Если пациент не умеет читать, попробуйте иллюстрации. Если их нет под рукой, проиллюстрируйте Ваше П-лекарство и приготовьте краткое описание, а затем размножьте.

Дневной календарь

В дневном календаре отмечается, какое лекарство, когда надо принимать в течение дня. Отметки делаются словами и иллюстрациями: солнце внизу слева – означает утро, полдень – солнце наверху, конец дня – заходящее солнце и луна – ночь.

Лекарственный паспорт

Маленькая книга или брошюра с обзором различных лекарственных средств, принимаемых пациентом, включая рекомендованные дозы.

Дозировочный ящик

В развитых странах все более популярным становится дозировочный ящик. Он особенно помогает в тех случаях, когда множество различных лекарств принимается в разное время дня. В ящике предусмотрены специальные отделения (обычно четные) на разное время дня в течение дня, всего на семь дней. Каждую неделю содержимое ящика пополняется. В случае затруднения с покупкой ящика, его можно смастерить из картона. В тропических странах будет необходимо хранить ящик в прохладном и чистом месте. Даже в том случае, если в Вашей стране не существует вспомогательных средств, перечисленных в данном приложении, творческий подход поможет Вам найти Ваше собственное решение. Самое главное – это обеспечить пациента необходимыми знаниями и навыками для правильного приема лекарственных средств.

Краткое содержание той минимальной информации, которой должен быть обеспечен пациент, перечислено в следующих шести пунктах:

1. Действие лекарственного средства

- Почему нужно принимать это лекарство
- Какие симптомы исчезнут, а какие – нет
- Когда начнет проявляться действие лекарства

- Что произойдет при неправильном приеме лекарства, или в случае не принятия лекарства вообще

2. Побочные действия

- Какие возможны побочные действия
- Как их распознать
- Как долго они будут продолжаться
- Насколько они серьезны
- Что следует предпринять

3. Инструктирование (указания)

- Как следует принимать лекарство
- Когда его следует принимать
- Как долго продолжится лечения
- Как следует хранить лекарство
- Как поступить с неиспользованным лекарством

4. Предупреждение

- Когда не следует принимать лекарство
- Какова максимальная доза
- Почему следует принять полный курс лечения

5. Последующие консультации

- Когда следует (или не следует) прийти на консультацию
- В каких случаях приходиться раньше
- Какую информацию следует приготовить для врача на время следующей консультации

6. Все ли понятно?

- Спросите пациента, все ли понятно
- Попросите пациента повторить самую важную информацию
- Спросите пациента, нет ли у него еще вопросов

На первый взгляд, список слишком велик для работы с каждым пациентом. Вы можете подумать, что у Вас нет так много времени. Пациент сам может прочитать инструкцию, приложенную к лекарству; провизор или другое лицо, отпускающее средство, обязан проинформировать пациента; слишком много информации о побочных действиях мешает пациенту следовать указаниям врача. И все же, это прямая обязанность врача – обеспечить правильное понимание пациентом процесса лечения, и эта обязанность не может быть переложена на провизора или на вкладыш лечебного средства. Может быть, действительно не следует говорить обо всех побочных действиях, но о наиболее опасных и неприятных надо предупредить пациента. Большое число пациентов не признается законом, как смягчающее обстоятельство, в случае неправильного информирования или инструктирования пациента.

Упражнение: пациенты 34–38

Просмотрите следующие предписания и перечислите наиболее важные указания и предостережения, о которых следует информировать пациента. Вы можете посмотреть свои книги по фармакологии. Обсуждение дано ниже.

Пациент 34:

Мужчина, 56 лет. Диагноз – недавно возникшая депрессия. Rp.: амитриптилин 25 мг, 1 таблетка в день на ночь в течение недели.

Пациент 35:

Женщина, 28 лет. Вагинальная трихоманозная инфекция. Rp.: метронидазол 500 мг, 1 вагинальная таблетка в день, в течение 10 дней.

Пациент 36:

Мужчина, 45 лет. Диагноз – первичная артериальная гипертония. Rp.: атенолол 50 мг, 1 таблетка в день.

Пациент 37:

Мальчик, 5 лет. Пневмония. Rp.: амоксилин, сироп, 5 мл (=250 мг) три раза в день.

Пациент 38:

Женщина, 22 года. Мигрень. Rp.: парацетамол 500 мг, 2 таблетки через 20 мин после принятия Rp.: метоклопрамида 10 мг 1 суппозитория, при приближении приступа.

Пациент 34 (депрессия):

Понадобится три или четыре недели, чтобы пациент почувствовал себя лучше, что касается побочных действий, таких как сухость во рту, “пелена перед глазами”, трудности с мочеиспусканием и седативный эффект, то они могут проявиться быстро. Именно поэтому, многие пациенты, решив, что лечение еще хуже, чем сама болезнь, прекращают прием лекарств. Если заранее не сообщить, что побочные действия вскоре исчезнут, то пациент не будет следовать указаниям врача. Именно поэтому обычно выбирается схема медленного увеличения дозы лекарства перед сном. Это следует внимательно объяснить пациенту. Пожилые люди могут не запомнить трудную схему приема. Запишите для них или дайте дозировочный ящик. Вы также можете обратиться к провизору с просьбой объяснить еще раз (напишите все это на рецепте). Указания касаются соблюдения схемы приема, употребления лекарства перед сном и не прерывания процесса лечения. Следует предупредить пациента, что лекарство замедляет время его реакции, особенно в комбинации с алкоголем.

Пациент 35 (вагинальный трихомоноз)

Как и при всякой другой инфекции, пациенту следует объяснить, почему следует завершить курс лечения, даже если симптомы исчезнут через два дня. Пациент также должен быть информирован, что лечение бессмысленно, если партнер также не проходит курс. Обстоятельные и четкие указания должны быть даны по использованию вагинальных таблеток. Если возможно, используйте картинки или листовки для иллюстрации процедуры (см. приложение 3). Побочные действия метронидазола – металлический привкус, диарея, тошнота, особенно в сочетании с алкоголем, и темная моча. Сообщите о неприятии алкоголя во время лечения.

Пациент 36 (первичная артериальная гипертония)

Трудность в лечении гипертонии заключается в том, что пациенты редко чувствуют позитивное действие лекарств, и они должны принимать его довольно продолжительное время. Следование указаниям врача будет низким, если заранее не объяснить, почему следует применять лекарство, что не обеспечит пристальный контроль за выполнением. Пациент должен знать, что лекарственное средство предотвратит осложнения высокого артериаль-

ного давления (стенокардию, сердечные приступы, церебральные проблемы). Вы также должны упомянуть, что через три месяца Вы попытаете сократить дозу, или даже прекратить прием лекарства. Не забудьте проверить, не было ли ранее жалоб у пациента по поводу астмы.

Пациент 37 (мальчик с пневмонией)

Мать пациента следует предупредить, что пенициллину требуется время для уничтожения бактерий. Если рано приостановить курс лечения, то бактерии оживут и приведут ко второму, может быть более серьезному инфицированию. Только в этом случае она поймет, почему необходимо завершить курс. Знание того, что все побочные действия скоро исчезнут, поможет увеличить вероятность следования указаниям врача. Ее также следует предупредить, чтобы она немедленно связалась с Вами при внезапном резком повышении температуры.

Пациент 38: (мигрень)

В дополнение к другой информации, наиболее важной инструкцией здесь должно быть указание принимать лекарство (желательно, суппозитории) за 20 минут до анальгетика во избежание рвоты. По причине возможного седативного действия и потери координации, ей следует воздержаться от вождения автомобиля и работы с техникой.

Примерный образец страницы личного справочника:

Таблетки 50, 100 мг	Бета-адреноблокатор	АТЕНОЛОЛ
* Дозировка		
<i>Гипертония:</i> начальная доза 50 мг каждое утро. Максимальная суточная доза: 50–100 мг.		
<i>Стенокардия:</i> Максимальная суточная доза 100 мг, разделенная на 1 или 2 приема		
Назначается каждому пациенту индивидуально, начать следует по-возможности с минимальной дозы. Через две недели, если необходимо, можно увеличить дозу.		
* Что следует говорить пациенту		
Информация		
<i>Гипертония:</i> лекарственное средство уменьшает кровяное давление, пациент обычно не замечает действия препарата. Препарат предотвращает осложнения, связанные с высоким давлением (стенокардия, сердечный приступ, инсульт).		
<i>Стенокардия:</i> антигипертензивный эффект облегчает работу сердца, предотвращает боли в груди.		
Побочное действие: незначительное, иногда наблюдается легкий седативный эффект.		
Правила приема		
Принимать лекарство... в день, в течение... дней.		
Предупреждение		
<i>Стенокардия:</i> не прекращать прием средства внезапно.		
Следующая консультация		
<i>Гипертония:</i> через неделю.		
<i>Стенокардия:</i> в течение месяца или раньше, если приступы учащаются или будут более сильными.		
* Контрольное наблюдение		
<i>Гипертония:</i> в течение первых нескольких месяцев пульс и давление измерять еженедельно. Постараться снизить дозу через три месяца. Большие дозы не увеличивают лечебное воздействие, но зато смогут увеличить побочное действие. Старайтесь делать промежутки между курсами лечения время от времени.		
<i>Стенокардия:</i> в случае учащения или усиления приступов следует сделать анализы и поискать другие пути лечения. Старайтесь делать промежутки между курсами лечения время от времени.		

Ваш личный формуляр

Во время Вашей учебы Вы должны постоянно расширять свой личный справочник наиболее часто встречающимся жалобами и заболеваниями пациентов вашими П–лекарствами и П–лечением. Вероятно, что вскоре Вы придете к выводу, что многие лекарственные средства используются более, чем по одному показанию. Примером могут являться анальгетики, антибиотики и даже более специфические бета–адреноблокаторы (показаны при гипертонии и стенокардии). Можно дублировать необходимую информацию о лекарственном средстве отдельно с каждой жалобой и заболеванием, но может быть было бы легче выделить специальное место в вашем личном справочнике для каждого Вашего П–лекарства. Поступив таким образом, Вы только один раз зафиксируете эту информацию и время от времени будете ее обновлять. Этот метод фиксирования информации упростит ее нахождение по мере необходимости.

Резюме

СТУПЕНЬ 5: Информирование, инструктирование и меры предосторожности для пациентов

1. Действующий эффект лекарств

Какие симптомы исчезнут, когда, почему столь важно принимать это лекарство, что произойдет в случае неприема.

2. Побочные эффекты

Каковы возможные побочные эффекты, как их распознать, как долго они будут продолжаться и что делать в случае их проявления.

3. Правила приема

Когда принимать, как принимать, как хранить, как долго продолжать курс лечения и как поступить в затруднительных случаях.

4. Предупреждение

Чем нельзя заниматься (вождение автомобиля, работа с техникой), максимальная доза (токсичные лекарства), необходимость продолжать лечение (антибиотики).

5. Следующий визит к врачу

Когда следует явиться (или не), в каких случаях приходить раньше назначенного срока, как поступить с остатками лекарств, какая информация может пригодиться.

6. Все ли понятно?

Все понятно, повторение информации, есть ли еще вопросы.

Глава 11

СТУПЕНЬ 6: Наблюдение за ходом лечения (его прекращение?)

В предыдущих главах Вы узнали, как выбрать рациональную лекарственную терапию, как правильно выписывать рецепт и что следует говорить пациенту. Но даже правильно подобранный курс лечения не всегда помогает пациенту. Наблюдение за процессом лечения поможет Вам определить насколько оно успешно и не следует ли сделать какие-то дополнительные шаги. Поэтому Вам следует быть в постоянном контакте с Вашим пациентом и осуществлять это двумя способами.

Пассивное контроль предусматривает объяснение пациенту, что следует сделать, если курс лечения не эффективен, не приемлим или наблюдается слишком много побочных явлений. В этом случае пациент осуществляет наблюдение за собой сам.

Активное контроль предусматривает Ваш личный контроль за процессом для определения эффективности лечения. Вам будет необходимо выбрать интервалы мониторинга в зависимости от заболевания, продолжительности лечения и максимального количества назначенных лекарств. В начале лечения обычно интервалы небольшие; по мере необходимости они увеличиваются. Трех месяцев обычно бывает достаточно для любого пациента, который находится на длительном медикаментозном лечении. И даже при активном наблюдении пациент будет нуждаться в информации, затронутой в Главе 10.

Целью контроля является проверка, помогло ли лечение решению проблемы пациента. Эффективность, безопасность, приемлемость и стоимость являются для Вас основными критериями при выборе лечения. Вам необходимо использовать эти же критерии при наблюдении за эффектом лечения, но на практике все сводится к двум основным вопросам: эффективно ли лечение и есть ли побочные явления.

Изучение анамнеза, обследование и лабораторные анализы помогут Вам определить эффективность курса лечения. В некоторых случаях, могут понадобиться дополнительные исследования.

Эффективность лечения

Если болезнь вылечена, то процесс можно прекратить. Исключение составляют случаи, когда стандартная продолжительность лечения имеет решающее значение, например для большинства антибиотиков. Если болезнь еще не излечена и носит хронический характер, лечение эффективно и без побочных явлений, то его процесс следует продолжить. Если отмечены серьезные побочные действия, Вам следует пересмотреть Ваш выбор препарата, схему его приема и проверить, был ли пациент информирован о правильном приеме лекарства. Большинство побочных эффектов зависят от дозы лекарственного средства, так что Вы можете попробовать снизить дозу до замены препарата.

Таблица 8:

Примеры лекарств и групп лекарственных средств для которых надо использовать постепенное снижение дозы:

Амфетамины (все)
Антиэпилептические средства
Антидепрессанты
Психотропные препараты
Сердечно-сосудистые препараты:
 клонидин
 метилдопа
 бета-адреноблокаторы
 вазодилаторы
Кортикостероиды
Снотворные/седативные
 бензодиазепины
 барбитураты
Опиатные анальгетики

Неэффективное лечение

Если лечение неэффективно, с побочными явлениями или без, то Вы должны пересмотреть: диагноз, назначенное лечение, дозировки, которая могли быть слишком низкими. Правильно ли был пациент проинструктирован, принимал ли он лекарство вообще и насколько правильно Вы осуществляли свой контроль. После нахождения причин неэффективности Вашего лечения, Вы должны попытаться найти решение. Самое лучшее, что можно Вам предложить, это еще раз провести диагностику, определить цель лечения; подобрать П-лекарство для конкретного пациента, проверить информированность и инструктаж, а также предупреждения для пациента. Иногда Вы можете обнаружить, что нет другой серьезной альтернативы тому лечению, которое оказалось неэффективным или имело серьезные побочные действия. Вам нужно обсудить этот вопрос с пациентом. В том случае, если Вы не сможете определить почему лечение неэффективно, Вам следует его при-

остановить. Если Вы решили это сделать, то помните, что прием некоторых препаратов нельзя прекращать сразу. Некоторые лекарства надо принимать дальше с постепенным уменьшением дозы.

Упражнение: пациент 39–42

Подумайте, можно ли в этих случаях приостановить лечение или нет. Обсуждение дано ниже

Пациент 39:

Мужчина, 40 лет. Обзорная консультация после пневмонии, лечился оральным ампициллином (2 грамма ежедневно) в течение недели. Симптомы исчезли, остался небольшой, непродуктивный кашель. Результаты обследования в норме.

Пациент 40:

Мужчина, 55 лет. Серьезная миалгия и артрит в течение многих лет. Применял долгое время преднизолон (150 мг в день) и индометацин (10 мг в день). Эпигастральные боли и изжога в течение долгого времени, из-за этого, время от времени, принимал алюминия гидроокись в таблетках. Во время консультации жалуется, что эпигастральные боли не прошли, а наоборот усилились.

Пациент 41:

Женщина. 52 лет. Умеренная гипертония в течение двух последних лет. Хорошо реагирует на гипотиазидный диуретик (25 мг ежедневно). Поддерживающая доза уже дважды сокращалась, потому что кровяное давление упало почти до нормы. Она регулярно забывает вовремя принять лекарство.

Пациент 42:

Мужчина, 75 лет. После смерти жены 6 месяцев назад, страдает бессонницей, был назначен темазепам на неделю (10 мг ежедневно). Он просит продлить курс т.к. боится, что не сможет заснуть.

Пациент 39 (пневмония)

Курс лечения был определен заранее. Он был эффективным и без побочных явлений. Прием ампициллина можно прекратить.

Пациент 40 (эпигастральные боли)

В данном случае лечение не было эффективным, т.к. эпигастральные боли вызваны побочным действием средств принимаемых против миалгии. Средствами, необходимыми для контроля, являются противовоспалительные лекарства, а не гидроокись алюминия. Чтобы найти решение проблемы, следует установить: боль появляется в определенное время или же она носит продолжительный характер. В этом случае схему приема лекарства следует приспособить так, чтобы пик концентрации препарата в плазме достигался именно в это время и тогда общая суточная доза может быть снижена. Выводом из этого случая может послужить то, что лучше пересмотреть начальную терапию, чем “лечить” побочные явления другим лекарством.

Пациент 41 (умеренная гипертония)

Лечение оказалось эффективным и без побочных явлений. Пациентка уже не гипертоник и не нуждается в дальнейшей терапии, тем более с тех пор как регулярно забывает принять лекарство. Вы можете временно прекратить терапию с целью оценки, но Вы должны продолжить наблюдение за ней.

Пациент 42 (бессонница)

Желание пациента продолжить лечение говорит о его эффективности. Тем не менее, применение бензодиазепинов свыше нескольких недель может вызвать психологическую и физическую зависимость. Кроме того, происходит очень быстрое развитие толерантности, что ведет пациента к приему большей, чем рекомендовано дозы. Вам следует объяснить все это пациенту и также рассказать ему, что сон вызванный такого рода лекарствами отличается от нормального сна, т.к. он является результатом подавления нормальной активности мозга. Посоветуйте ему вернуться к натуральным снотворным средствам: возможно, теплая ванна или горячее молоко помогут ему расслабиться до отхода ко сну. Не менее благотворно может повлиять и его рассказ о той потере, которую он перенес. Будьте в роли сочувствующего слушателя и, быть может, это даст больший лечебный эффект, чем назначение новых лекарств.

В таких случаях прием лекарства можно остановить сразу же, т.к. его использовали всего неделю. Но так поступать нельзя, если пациент принимал бензодиазепины в течение длительного промежутка времени.

Резюме

СТУПЕНЬ 6: Наблюдение за процессом лечения (его прекращение?)

Было ли лечение эффективным?

А. Да, и болезнь излечена:

Прекратить лечение

Б. Да, но еще не закончено.

Есть серьезные побочные реакции?

- Нет: лечение может быть продолжено
- Да: пересмотрите дозировку или Ваш выбор лекарственного средства

В. Нет, болезнь не излечена:

Проверьте все Ваши действия:

- Правильность диагноза?
- Правильность лечебных целей?
- Подходит Ваше П-лекарство пациенту?
- Лекарство выписано правильно?
- Пациент правильно инструктирован?
- Правильно проводится мониторинг эффективности лечения?

Часть 4: Как быть в курсе новейших достижений в области лекарственных средств

В этой части книги Вы познакомитесь с различными источниками информации о лекарственных средствах и терапевтической информации, узнаете о их преимуществах и недостатках. Сюда также включены практические советы, как читать научную литературу в целом и о клинических испытаниях, в частности.

Глава 12	Стр.
Как быть в курсе всех новейших достижений в области лекарственных средств.....	73
Составление перечня имеющейся информации.....	73
Эффективное чтение.....	79
Заключение.....	80

Глава 12

Как быть в курсе всех новейших достижений в области лекарственных средств

Наши знания о лекарственных средствах постоянно меняются. На рынке появляются все новые и новые лекарства, увеличивается опыт применения старых. Со временем становятся все более изученными побочные реакции и появляются новые показания и методы применения уже существующих лекарств. Считается, что врач должен знать о последних разработках в области лекарственной терапии. Например, во многих странах законодательство сочтет врача виновным, если у пациента будет наблюдаться болезнь, которая вызвана действием лекарственного средства и действие которого врач обязан был знать и предотвратить. Отсутствие таких знаний не является смягчающим вины обстоятельством.

Как быть в курсе всех новейших достижений в области лекарственных средств? Эта проблема может быть решена обычным способом: составить список всей доступной информации путем сравнения преимуществ и недостатков; выбором собственного источника (источников) информации.

Составление перечня имеющейся информации

На сегодняшний день существует достаточно количество источников информации о лекарственных средствах, начиная с международных банков данных, специализированных журналов и справочников и заканчивая национальными и региональными центрами информации по лекарственным средствам, а также издаваемыми на местах формулярами и бюллетенями. В приложении 2 приводится список необходимых справочников. Некоторые источники коммерческие и независимые, некоторые не коммерческие. Информация доступна в устной и письменной форме, в записи или на видео, посредством компьютеров *on-line* (путем выхода на центральный компьютерный банк данных) или на дисках CD-ROM.

Справочники

Справочники могут содержать информацию по общей или клинической фармакологии или специализироваться на каком-то конкретном аспекте. Примером фармакологического справочника общего характера на английском языке может быть *The Pharmacological Basis of Therapeutics, by Goodman and Gilman*, а также *Clinical Pharmacology by Laurence and Bennette*. Наиболее важным критерием при выборе справочника должна служить периодичность выпуска нового издания. Только те публикации, которые дополняются и пересматриваются в течении каждых двух–пяти лет могут обеспечить современную информацию.

The Extra Pharmacopoeia – by Martindale – это прекрасный справочник с подробной лекарственной информацией о наиболее активных действующих и химических веществах. Но в нем нет разделения на основные и не основные лекарственные средства, и издание не содержит сравнительной лечебной информации.

Drug treatment by Avery более специализированное издание, которое больше подходит лицам с особым интересом к клинической фармакологии.

Другим примером специализированного издания может служить книга *Side Effects of Drugs by Meyler*, в которой можно найти ежегодно обновляемую оценку побочных дей-

ствий лекарственных средств по всему миру. Это дорогое издание. Существуют также другие специализированные издания, которые затрагивают такие сферы, как психотропные лекарственные средства или лекарственные средства из группы риска, например, применение лекарственных средств при кормлении, детские лекарственные средства и геронтологические лекарственные средства.

Компедиумы по лекарственным средствам

Во многих странах выходят издания с перечнем лекарственных средств, имеющих на рынке. Различного вида и масштаба компедиумы, как правило, включают дженерические и торговые/фирменные названия; химический состав, клинические показания и противопоказания; меры предосторожности и предупреждения; побочные действия; способы применения и рекомендации по дозированию. Некоторые основаны на официальной маркировочной информации, в том виде, в каком она была одобрена национальными контролирующими органами. Примером подобного издания может служить ежегодник *Physician's Desk Reference* (Настольный справочник врача), который бесплатно предоставляется врачам в США.

Компедиумы по лекарственным средствам, издаваемые на коммерческой основе, могут иметь некоторые ограничения. Например, перечень лекарственных средств может быть неполным и сравнительная оценка обычно отсутствует. Примером в данном случае может служить *Monthly Index of Medical Specialities*, который издается в различных странах мира.

Тем не менее, существуют всеобъемлющие и объективные компедиумы, в которые включены лекарства со сравнительной оценкой и критериями для выбора в рамках хорошо известных категорий лекарственных средств. Примером может служить платное издание *United States Pharmacopeia Dispensing Information (USPDI)* и бесплатное издание *British National Formulary (BNF)* для лиц, выписывающих лекарственные средства в Великобритании. В последнем издании имеется информация о стоимости лекарств, что не всегда есть в других компедиумах. Частое переиздание пересмотренных версий делает его еще более ценным. На практике, они так часто переиздаются, что старыми бесплатными или очень дешевыми версиями можно пользоваться еще некоторое время.

Национальные перечни по основным лекарственным средствам и руководства по лечению

Национальные перечни основных лекарственных средств существуют во многих странах. В них обычно представлены основные лекарственные средства для использования на разных уровнях медицинской помощи (диспансеры, медицинские центры, районные и специализированные больницы). Перечень основан на консенсусе в выборе лечения наиболее частых болезней и недомоганий и определяет круг лекарственных средств для лиц, выписывающих рецепт. Если нет национального перечня, то Вы можете воспользоваться типовым перечнем ВОЗ по основным лекарственным средствам (см. приложение 2). Очень часто существуют национальные рекомендации, которые охватывают наиболее важную клиническую информацию для лиц, назначающих лечение (выбор лечения, рекомендуемая схема приема, побочные реакции, противопоказания, альтернативные лекарственные средства и т.д.). Вам следует поискать наличие подобные рекомендации в Вашей стране. И постарайтесь использовать его самое последнее издание.

Справочники по лекарственным средствам

Такие справочники содержат список фармацевтических продуктов с информацией о каждом лекарственном средстве. Справочники могут быть разных типов – национальные, региональные, больничные. Они, как правило, составляются терапевтическими комитетами и включают перечень лекарств, которые были апробированы в данной стране, регионе или больнице. Во многих странах справочники по лекарственным средствам разрабатываются программами по медицинскому страхованию и включают перечень тех лекарств, стоимость которых подлежит возмещению. Справочники по лекарственным средствам, обычно, основаны на лекарствах центрального действия. Их ценность возрастает, если они включают справочную информацию, оценку и стоимость, но это – то как раз часто и отсутствует. Мы уже упоминали превосходное издание *BNF*. Постарайтесь его иметь, пусть даже не самое последнее издание. Он Вам очень пригодится.

Бюллетени по лекарственным средствам

Подобные периодические издания поощряют рациональное назначение лекарств и издаются через определенные интервалы времени, начиная от еженедельников и кончая ежеквартальными выпусками. Независимые бюллетени, т.е. публикуемые не коммерческими структурами, дают беспристрастную оценку лекарственных средств и практические рекомендации на основе сравнения альтернативных методов лечения.

Бюллетени могут служить основными источниками информации для лиц, назначающих лекарственные средства, при определении преимуществ новых лекарств и помогать им быть в курсе новейших достижений в области лекарственных средств. Бюллетени могут иметь различных спонсоров, таких как например правительственные агентства, профессиональные органы, университетские факультеты, благотворительные фонды и организации потребителей. Они публикуются во многих странах, зачастую бесплатны и пользуются большим уважением из-за непредвзятости информации. Например, на английском языке это могут быть следующие публикации: *Drug and Therapeutics Bulletin (UK)*, *Medical Letter (USA)* и *Australian Prescriber (Australia)*. Хорошим примером независимого бюллетеня на французском может служить *Prescrire*, но это платное издание.

Во многих развивающихся странах издаются национальные бюллетени по лекарственным средствам, например в Боливии, Камеруне, Малави, Филиппинах, Зимбабве.

Медицинские журналы

Некоторые медицинские журналы носят общий характер, такие как – *The Lancet*, *The New England Journal of Medicine*, *British Medical Journal*; другие издания более специализированы. Во многих странах публикуются национальные схожие по содержанию издания. В подобных изданиях содержится много информации, необходимой лицам назначающим лекарственные средства. Журналы общего профиля регулярно публикуют обзорные статьи о лечении. Специализированные – включают более подробную информацию о медикаментозном лечении отдельных болезней.

Хорошие медицинские журналы сначала рецензируются, т.е. все статьи до публикации посылаются независимым экспертам на рецензию. Обычно, Вы можете проверить наличие этого критерия в работе журнала, прочитав условия направления статьи в печать.

Некоторые журналы не являются независимыми. Обычно, они печатаются на глянцевой бумаге в удобном формате. Как правило, они характеризуются тем, что бесплатны, реклама занимает больше места, чем текст, издаются не профессиональной организацией, не

публикуют оригинальные работы, предварительное рецензирование сомнительно и наблюдается дефицит критических замечаний и корреспонденции. В развитых странах они навязываются врачам, как средство для экономии времени. Но, фактически, само чтение этих журналов уже потеря времени, поэтому к ним обычно относятся как к “выбросьте все это”. Будьте также осторожны с приложениями к журналам. Очень часто они публикуют информацию с конференций, финансируемых коммерческими структурами; очень часто все приложение может быть спонсировано. Поэтому не принимайте на веру рецензию или исследование, как имеющие научную ценность, только потому, что это было опубликовано. На сегодняшний день выходят тысячи медицинских журналов, и они сильно отличаются друг от друга по содержанию и качеству материала. Только малая часть этих публикаций имеет научную ценность, и лишь часть проходит предварительное рецензирование. Если у Вас возникают сомнения в научной ценности журнала, проверьте, кто спонсирует его издание, посоветуйтесь с коллегами, посмотрите входит ли это издание в **Index Medicus**, который содержит списки всех уважаемых журналов.

Устная информация

Существует еще один способ получения информации – через коллег, специалистов, провизоров или фармакологов неформально или более организованно во время аспирантуры или участвуя в терапевтических комитетах. Общественные терапевтические комитеты, как правило, состоят из врача общего профиля и одного или более провизоров (лицо с высшим фармацевтическим образованием). Больничные терапевтические комитеты могут состоять из нескольких специалистов, клинического фармаколога и/или клинического провизора. Члены подобных комитетов регулярно встречаются для обсуждения аспектов лекарственного лечения. В некоторых случаях они готовят местные справочники и работают с их помощью. Использование знаний клинициста в качестве первоисточника может быть и не самым лучшим способом, когда Вы являетесь специалистом по первой медицинской помощи. Некоторые диагностические приборы или более усложненные лекарства могут отсутствовать или даже быть излишеством на таком уровне медицинской помощи.

Информационные центры по лекарственным средствам

В некоторых странах есть центры по лекарственным средствам, часто связанные с информационными и токсикологическими центрами. Работники системы здравоохранения, а иногда и просто заинтересованные лица могут позвонить и попросить консультацию о том, как правильно использовать лекарство, что делать в случае интоксикации и т. д. Современная система информатики, как например компьютеры в режиме **on-line**, **CD-ROM** значительно расширили доступ к большим объемам информации. Многие большие справочники – базы данных, такие как **Martindale** и **Meyler's Side Effects of Drugs** напрямую доступны через интернет. Если информационными центрами по лекарственным средствам руководит фармацевтический отдел министерства здравоохранения, то информация обычно сфокусирована на лекарственных препаратах. В центрах под руководством университетских клиник эта информация больше концентрируется на проблемах связанных с лекарствами и представляется более клинически ориентированной.

Компьютеризированная информация

На сегодняшний день разработаны компьютерные системы по лекарственной информации, которые содержат лекарственные профили на каждого пациента. Некоторые из этих систем достаточно сложны и включают модули по идентификации взаимодействия лекарственных средств или противопоказания к применению. Некоторые системы включают справочники по каждому заболеванию и обеспечивают врача списком лекарственных средств со схемами применения и примерным количеством лекарств на курс. Этот человек может сам хранить свой собственный формуляр в компьютере. Если это делается, то следует регулярно проводить обновление этой информации, используя источники, упомянутые на страницах этой книги. Во многих странах мира доступ к компьютерным программам и подобным технологиям ограничен для рядовых лиц. В тех странах, где такие технологии доступны, их значения в ежедневной практике трудно переоценить. И все же, никакая технология не заменит опытного врача, который всегда работает с учетом потребностей и запросов конкретного пациента.

Фармацевтическая промышленность как источник информации



Информация из фармацевтической промышленности обычно доступна во всех вариациях: устно, письменно или посредством компьютера. Бюджеты на рекламу огромны и информация наиболее привлекательна и легко усваиваема. Коммерческие источники информации зачастую подчеркивают только положительные стороны продукции замалчивая негативные аспекты. Это не должно удивлять, т.к. целью такого рода информации является поощрение использования данного продукта. Коммерческая информация часто учитывает специфику ситуации, т.е. информация о противорвотном средстве, представляемая гинекологу больницы при университете может отличаться от той, которая предоставляется сельскому врачу общего профиля.

Обычно, фармацевтическая промышленность использует много разных подходов при подаче информации. Это значит, что информация идет по нескольким каналам: медицинские представители (мужчина или женщина), стенды на профессиональных встречах, реклама в журналах и прямая адресная рассылка. С точки зрения производителя, медицинские представители гораздо эффективнее в продвижении лекарственного средства, чем просто рассылка по адресам. Очень часто 50% бюджета на отведенного на рекламу тратится на них. Изучение ряда стран показало, что 90% врачей встречаются с представителями, и значительный процент из этого числа врачей полагается на них при получении информации о лекарственных препаратах. Тем не менее, в литературе есть примеры того, что чем самоувереннее доктор, пользующиеся исключительно коммерческими источниками информации, тем неадекватнее они выступают в роли лица, выписывающего лекарственное средство.

Когда Вы думаете, воспользоваться ли Вам услугами медицинских представителей для пополнения Ваших знаний о лекарственных средствах, попробуйте сравнить с этим по-

тенциальную выгоду от времени, проведенного за чтением объективной сравнительной информации.

Если Вы решили встретиться с представителем, существуют пути оптимизации времени, проведенного с ними. Возьмите с самого начала контроль над дискуссией, чтобы получить нужную Вам информацию о лекарственном средстве, включая его стоимость. Если в Вашей стране есть система медицинского страхования, то проверьте включено ли данное средство в список лекарств, стоимость которых возмещается. В самом начале беседы попросите представителя дать Вам копию документа об официальной регистрации обсуждаемого средства и во время презентации сравнивайте устные заявления с тем, что содержится в официальном тексте. В частности, обратите внимание на побочные действия и противопоказания. Такого рода подход поможет Вам запомнить ключевую информацию о лекарственном средстве.

Всегда просите копии публикаций об эффективности и безопасности средства. Даже не прочитав их, уже само качество журнала, где они были опубликованы, будет хорошим индикатором для определения уровня исследования. Вы должны знать, что большинство новейших лекарств, появившихся на рынке, не представляют, в действительности, новейших достижений и являются тем, что известно под названием “я тоже” продуктом. Другими словами, они совпадают по химическому составу и воздействию на пациента с другими продуктами на рынке. Разница лишь в цене, те, что только появились на рынке, как правило самые дорогие. Итак, встреча с медицинскими представителями полезна с точки зрения узнавания, что есть нового на рынке, но эта информация затем всегда должна быть проверена и ее следует сравнить с информацией из независимых источников.

Информация о лекарственных средствах, поступающая по коммерческим каналам, также публикуется как в виде отчетов, так и в виде научной статьи в профессиональных журналах. Промышленность часто выступает в роли спонсора конференций и симпозиумов. Не всегда можно провести линию раздела между объективной и рекламной информацией. Во многих странах профессиональные ассоциации с целью решения этой проблемы вынуждены ужесточать механизмы контроля за продвижением лекарственных средств на рынок. Некоторые журналы на сегодняшний день требуют, чтобы любое спонсорство со стороны фармацевтической промышленности упоминалось в статье (ссылка “на правах рекламы”).

Как уже было сказано и как показала практика, использование только коммерческой информации не поможет Вам идти в ногу со временем. Хотя этот метод и кажется наиболее легким путем по сбору информации, но в нем часто ощущается пристрастное отношение к некоторым препаратам, и зачастую этот метод ведет к нерациональному назначению лекарственных средств. Особенно часто это происходит в странах, где еще не созданы действенные регулирующие механизмы, на рынке много лекарств, порой сомнительной эффективности, и нет строгого контроля за содержанием аннотаций и реклам.

ВОЗ опубликовала Этические Критерии при Продвижении Фармацевтических Препаратов на Рынок, которые содержат широкие рекомендации по продвижению (рекламе) лекарственных средств. Международная федерация ассоциаций производителей фармацевтической продукции также имеет свой кодекс по практике маркетинга фармацевтической продукции. В некоторых странах существуют национальные рекомендации. В большинстве рекомендаций подчеркивается, что такая информация должна быть точной, полной и “хорошего вкуса”. Это неплохое упражнение, попытаться сравнить соответствие рекламных объявлений ряда лекарственных средств и глобальными критериями. Во многих рекомендациях также затронута проблема употребления образцов и подарков, участие

в конференциях по продвижению и клинических испытаниях новых лекарственных средств.

Если Вам все же приходится использовать коммерческую информацию, лучше, если Вы будете придерживаться нескольких основных правил:

1. Попробуйте найти больше информации, чем содержится в рекламе.
2. Найдите или спросите о ссылках и проверьте их качество. Seriously могут быть восприняты только ссылки из признанных журналов с предварительным рецензированием материалов. Затем проверьте качество исследовательской методологии, на которой построены выводы.
3. Проверьте, что знают Ваши коллеги, особенно те которые работают в этой области с этим лекарством.
4. Всегда до непосредственного применения лекарственного средства, соберите информацию из незаинтересованных источников. Никогда не начинайте применять бесплатные образцы на некоторых пациентах или членах семьи, и не делайте выводов на основе результатов лечения нескольких пациентов.

И все же, коммерческая информация позволяет Вам быть в курсе новых разработок. Наличие сравнительной информации, взятой из бюллетеней по лекарственным средствам или периодических изданий, Вам абсолютно необходимо, именно это позволит Вам оценить новое лекарство относительно новых методов лечения им и позволит Вам определить, стоит ли его включать в свой персональный формуляр. Но никогда не пользуйтесь коммерческой информацией изолированно от более объективных источников.

Эффективное чтение

Статьи

Многие лица, назначающие лекарственные средства, сталкиваются с проблемой при чтении всего того, что им хотелось бы. Проблема обусловлена нехваткой времени, а в развитых странах огромным объемом материалов, получаемых по почте. Было бы мудрее использовать наилучшим образом то время, которым Вы располагаете.

Вы сэкономите время, если в самом начале чтения клинических журналов с помощью перечисленных ниже шагов, найдете те статьи, которые стоит прочитать.

1. Посмотрите на заголовок и решите: кажется ли Вам это полезным и интересным. Если нет, приступайте к следующей статье.
2. Посмотрите на фамилию автора. Читатели с большим опытом уже знают ценность сведений, приводимых тем или иным автором. Если автор не принадлежит к числу тех, чьи сведения действительно ценны, то отложите статью в сторону. Если авторы Вам неизвестны, то у них должно быть какое-то преимущество.
3. Прочтите резюме. Самое главное для Вас решить, играет ли для Вас заключение какую-то роль. Если нет, то отложите статью.
4. Соотнесите условия, данные в статье с вашими и решите, возможно ли будет применить заключение в Вашей работе. К примеру, результаты, достигнутые в больничных условиях нельзя будет использовать в условиях первой медицинской помощи. Если условия очень отличаются от Ваших, то откажитесь от статьи.
5. Проверьте часть “Использованные материалы и методы”. Только зная и приняв методы исследования, Вы сможете решить, насколько ценны выводы.

6. Проверьте сноски. Если Вы знакомы с предметом обсуждения, то по авторам, включенным в обзор использованной литературы, можно судить, нашли ли здесь место основные публикации по этой теме. Если они отсутствуют, то будьте внимательны.

Клинические испытания

Детальное описание способов оценки отчетов по клиническим испытаниям выходит за рамки этой книги, но несколько основных принципов здесь упомянуты. Обычно, только рандомизированные клинические испытания проведенные двойным слепым методом дают достоверную информацию об эффективности лечения. Выводы, сделанные при испытаниях несколько другого вида, могут быть пристрастными.

Полный отчет о клиническом испытании должен включать (1) описание больных включенных в испытания, количество, возраст, пол, критерии включения и критерии исключения; (2) использованные лекарственные средства, их дозировка, способ использования, частота, проверка на не соблюдение рекомендаций врача, продолжительность курса; (3) методы сбора данных и оценка терапевтического эффекта; (4) описание статистических методов и мер по обеспечению беспристрастности испытания.

В конце Вам следует посмотреть на клиническую ценность результатов, а не только на благоприятные статистические показатели. Очень часто статистическая разница слишком мала, чтобы представлять клиническую ценность. Иногда, в зависимости от источника, поступающие сведения носят противоречивый характер. Если у Вас возникли сомнения, первое, что Вам следует сделать, это проверить методологию. т.к. применение различных методов, приводит к различным результатам. Затем посмотрите на группу населения, участвовавшую в испытании, и решите, какой случай больше совпадает с Вашей ситуацией. Если сомнения не исчезают, лучше подождать и отложить внесение данного средства в список Ваших П-лекарств до появления новых данных.

Заключение

В развитых странах лицам, назначающим лекарственные средства, не так уж трудно быть в курсе последних новостей, но это довольно проблематично в некоторых странах мира с довольно ограниченным доступом к независимым источникам информации. Но где бы Вы не жили и работали, очень важно выработать стратегию, обеспечивающую Вам максимальный доступ к ключевой информации для извлечения максимальной пользы от применения лекарственных средств, которые Вы назначаете. Всегда помните о недостатках некоторых видов информации, об ограниченности времени и тратьте свое время на ту информацию, которая действительно этого стоит.

Приложения

	Стр.
Приложение 1 Основы фармакологии в ежедневной практике.....	82
Приложение 2 Основные литературные источники.....	89
Приложение 3 Использование некоторых лекарственных форм на практике.....	91
Приложение 4 Использование инъекций.....	104

Приложение 1

Основы фармакологии в ежедневной практике

Содержание:

	Стр.
Введение	82
Фармакодинамика	
Кривая зависимости “концентрация–эффект” (Кп/эффект)	83
Фармакокинетика	
Кривая зависимости “концентрация–время” (Кп/время) и терапевтический индекс.....	84
Лекарственная терапия	
Начало лекарственной терапии.....	85
Лекарственная терапия при стабильной концентрации препарата.....	86
Отмена лекарственной терапии.....	86
Особенности кривой	
Ударная доза.....	87
Постепенное увеличение начальной дозы.....	87
Постепенное снижение дозы.....	88

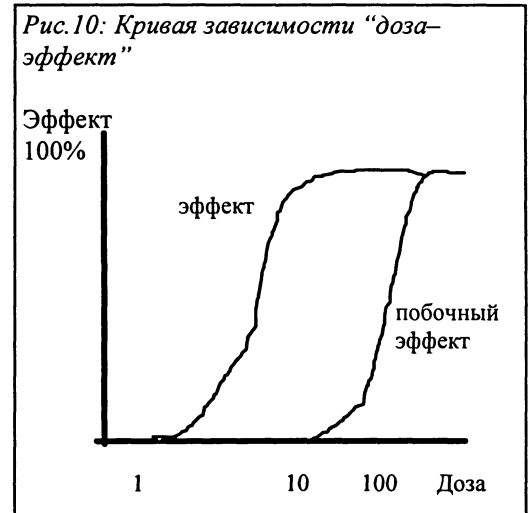
Введение

Фармакология описывает взаимодействие лекарственных средств с организмом. В процессе этого взаимодействия особенно важны два аспекта. **Фармакодинамика** занимается изучением воздействия лекарственных препаратов на организм: механизм действия препарата и его побочные эффекты, в каких тканях, на какие рецепторные участки, в какой концентрации и т.д. На действие лекарственного средства могут влиять другие препараты или стадии заболевания. Фармакодинамика также описывает антагонизм, синергизм, сложение эффектов и другие явления. **Фармакокинетика** изучает воздействие организма на лекарственное средство посредством Всасывания, Распределения, Метаболизма и Выделения (АРМЭ) препарата.

Динамика и кинетика лекарственного средства обуславливают его терапевтическую пользу. **Фармакодинамика** лекарственного средства определяет его эффективность и какие побочные эффекты могут иметь место и при каких концентрациях. Лицо, назначающее препарат может влиять на этот процесс лишь в незначительной степени. **Фармакокинетика** препарата определяет частоту, количество и лекарственную форму, длительность приема лекарственного средства для достижения и поддержания нужной концентрации в плазме. Так как на этот процесс лицо, назначающее средство, может оказывать активное влияние, ниже следующий материал сфокусирован на этом аспекте.

Фармакодинамика

Воздействие лекарственного средства обычно выражается в виде **кривой “доза–эффект”**. Эффект препарата отображается по Y–координате, а доза по X–координате (Рис. 10). Доза, обычно, представлена в логарифмической шкале. Чем выше доза, тем сильнее эффект, до момента достижения максимального эффекта. Эффективность обычно выражается в процентах от максимального эффекта. Максимальный эффект одного лекарства может быть выше, чем у другого. Как благоприятные, так и побочные эффекты могут быть графически отражены на кривой “доза–эффект”.



Доза, обычно, выражается в единицах на килограмм веса или на квадратный метр поверхности тела. Однако наиболее точным является использование концентрации препарата в плазме крови, потому что в этом случае исключается необходимость учета разницы между всасыванием и выведением лекарственного средства. В последующем тексте используется кривая зависимости “концентрация в плазме–эффект” (Кривая “Кп – эффект”).

Кривая зависимости “концентрация в плазме–эффект”

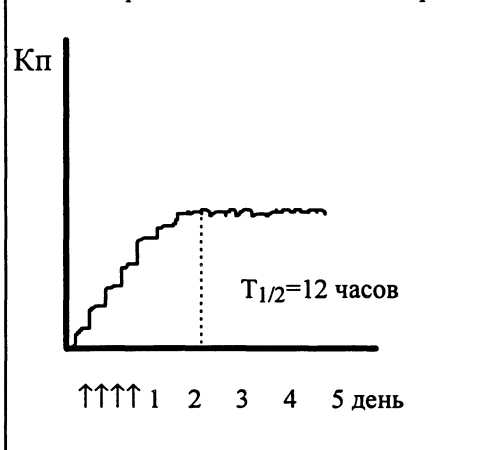
Форма кривой “Кп–эффект” определяется фармакодинамическими факторами. Кривая “Кп–эффект” отражает результаты обследования определенного числа лиц, называемых, в дальнейшем, “популяцией”. Если концентрация препарата в плазме ниже начальной точки кривой, то значит у 0% популяции испытает воздействие препарата. Эффект, равный 50%, означает, что усредненный эффект во всей популяции составляет 50% от максимального (не 50% эффект у одного пациента) (См. Рис.10).

К сожалению, у большинства лекарственных средств также существует кривая “концентрация–эффект” для побочных эффектов. Ее интерпретируют расшифровывают также, как и кривую, описанную выше. Вместе обе кривые определяют максимум и минимум концентрации препарата в плазме. Концентрация, при которой достигается минимальный полезный эффект, называется **терапевтическим порогом**, а концентрация в плазме, при которой наблюдается максимальный переносимый побочный эффект, называется **терапевтическим потолком**. Следует помнить, что кривая “Кп–эффект” отражает динамику группы пациентов и при лечении конкретного больного эта кривая может служить лишь общим руководством.

Фармакокинетика

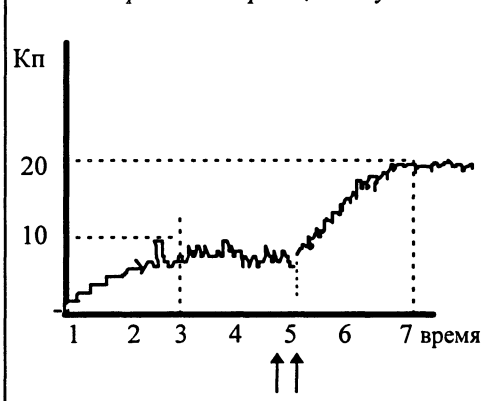
Доза лекарственного препарата обычно вводится через определенные интервалы времени. Концентрация препарата в плазме у одного или нескольких пациентов в течении определенного интервала времени отображается на т.н. кривой зависимости “концентрация в плазме – время” (кривая “Кп/время”). На Рис. 11 показана кривая “Кп/время” за первые 7 дней с начала лечения.

Рис. 11: Кривая зависимости “Кп/время”



Форма кривых “Кп/время” определяется фармакокинетическими параметрами. Зависимость между дозой препарата и его концентрацией в плазме носит линейный характер. Это означает, что при повышении дозы в два раза установившаяся концентрация в плазме также увеличится в два раза (Рис.12).

Рис. 12: Кривая Кп/время, доза удвоена



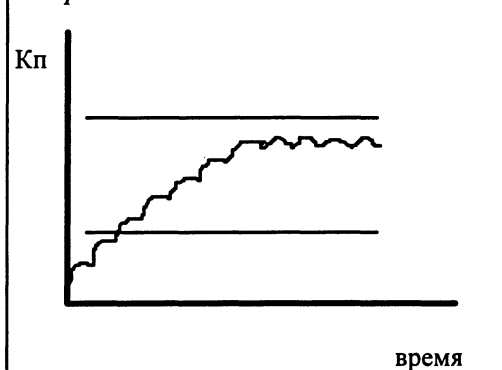
Кривая Кп/время и терапевтический индекс

На кривую “концентрация–время” можно наложить две горизонтальные линии, соответствующие терапевтическому порогу и потолку. Промежуток между ними называется **терапевтическим индексом** (Рис.13). Лекарственная терапия направлена на поддержании концентрации препарата в плазме в пределах этого индекса. Таким образом, следует рассматривать следующие переменные: (1) расположение и широту терапевтического индекса и (2) профиль кривой.

Терапевтический индекс

Расположение и широта индекса определяются фармакодинамическими факторами (Рис.14). Индекс может смещаться вверх в случае резистентности больного к препарату или при конкурентном антагонизме с другим препаратом: в подобных ситуациях для получения желательного эффекта требуется создание более высоких концентраций препарата в плазме. Индекс может сместиться вниз при гиперсенсibilизации или синергизме с другим препаратом; для достижение одинакового эффекта, при этом потребуется меньшая концентрация в плазме.

Рис. 13: Кривая зависимости “Кп/время” и терапевтический индекс.



Широта терапевтического индекса также может изменяться. Он может быть уже в случае снижения уровня безопасности. Например, терапевтический индекс теофелина уже у маленьких детей по сравнению со взрослыми больными. Более широкий индекс обычно отражает большую безопасность препарата.

Кривая

Профиль кривой определяется четырьмя факторами: Всасыванием, Распределением, Метаболизмом и Выделением. Их обычно называют факторами ВРМВ. Хотя большинство курсов лечения состоит из более, чем введения лекарственного средства, некоторые фармакокинетические параметры легче объяснить при рассмотрении эффекта введения однократной дозы препарата.



Рис. 14: Расположение и широта терапевтического индекса.

Одним из самых важных параметров является период полувыведения лекарственного средства (Рис.15). Большинство препаратов выводятся в соответствии с **кинетикой первого порядка**. Это означает, что за единицу времени из организма выводится постоянный процент препарата, например 6% в час. Периодом полувыведения лекарственного средств называется время, необходимое для снижения концентрации препарата в плазме до половины исходного уровня. С 6% в час период полувыведения примерно равен 11-ти часам (без дополнительного введения препарата). После двух периодов полувыведения (22 часа) концентрация снизится до 25%, после 3 периодов полувыведения – до 12.5% и после четырех – до 6.25%. Если исходная концентрация препарата в плазме находится в пределах терапевтического индекса, то уровень в 6.25% обычно намного ниже терапевтического порога. Именно поэтому считается, что лекарственное средство не дает никакого фармакологического эффекта через 4 периода полувыведения после введения последней дозы.

Лекарственная терапия

Лицо, выписывающее лекарственное средство, может воздействовать на кривую зависимости Кп/время тремя способами: началом лекарственной терапии, поддержанием стабильной равновесной концентрации препарата и отменой лечения. Все это непосредственно влияет на профиль кривой.

Начало лекарственной терапии

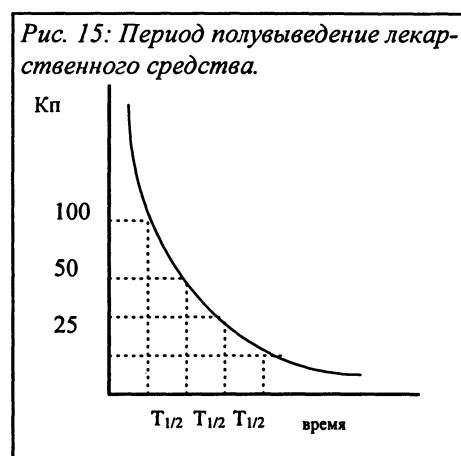
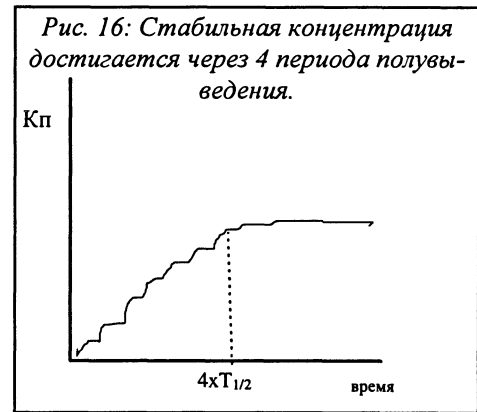


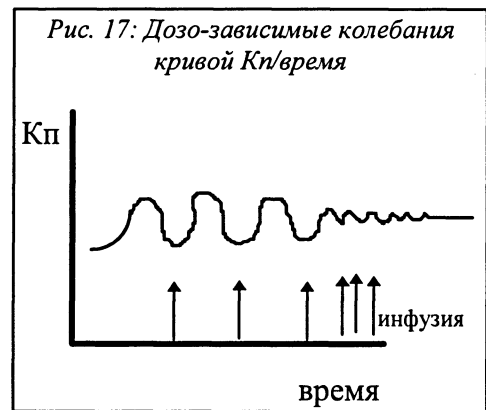
Рис. 15: Период полувыведение лекарственного средства.

Наиболее важным вопросом при начале лекарственной терапии является скорость достижения стабильного уровня концентрации в пределах терапевтического индекса. Если вы вводите в единицу времени фиксированную дозу препарата, то эта скорость определяется только периодом полувыведения препарата. При фиксированной схеме введения препарата стабильная концентрация достигается примерно через 4 периода полувыведения (Рис.16). Если период полувыведения препарата достаточно долгий, потребуется, соответственно, больше времени для достижения терапевтической концентрации. Если Вам нужно быстрее достичь концентрации в пределах терапевтического индекса, можно вводить препарат ударной дозой (см. ниже).



Лекарственная терапия при стабильной равновесной концентрации препарата

При стабильной равновесной концентрации важной обратить внимание на два аспекта. Во-первых, средняя концентрация препарата в плазме определяется суточной дозой. Между дозой и средней концентрацией препарата существует линейная зависимость: при удвоении дозы средняя концентрация в плазме также удваивается.

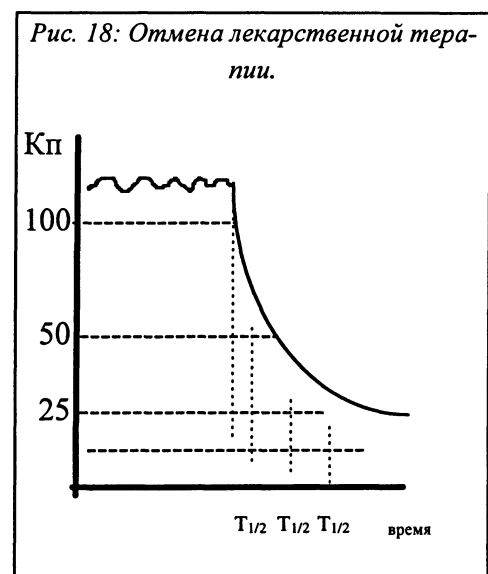


Во-вторых, колебания кривой определяются частотой введения препарата. При той же суточной дозе более частое введение препарата дает меньше колебаний кривой (Рис.17). При непрерывном инфузионном введении препарата колебания отсутствуют.

Если вы решаете повысить дозу лекарственного средства, то новая стабильная концентрация установится через 4 периода полувыведения. То же происходит и при снижении дозы.

Отмена лекарственной терапии

Для лекарств с кинетикой выведения первого порядка концентрация снижается на 50% за каждый период полувыведения, если за этот промежуток времени не вводятся дополнительные дозы препарата. (Рис.18). Действие лекарственного средства прекращается, когда концентрация падает ниже терапевтического порога. Например, если исходная концентрация препарата в плазме составляет 300 мкг/мл, терапевтический порог – 75 мкг/мл, а период полувыведения препарата – 8 часов, действие препарата прекратится через 16 часов (2 периода полувыведения). Этот принцип в силе и при передозировке препаратов.



Некоторые лекарственные средства выводятся в соответствии с кинетикой нулевого порядка. Это означает что за единицу времени выводится *одинаковое количество* препарата. Например, 100 мг

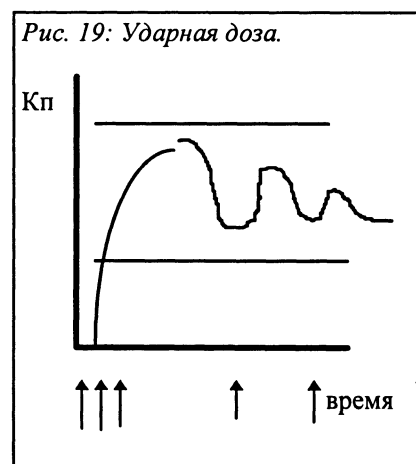
выводится ежедневно независимо от того, сколько препарата в организме – 600мг или 20г. Такие лекарства не имеют периода полураспада. Это также означает, что кривая Кп/время никогда не достигает определенного максимума: концентрация препарата в плазме может расти постоянно, если препарат вводится в более высоких количествах, чем выводится. Для поддержания стабильной равновесной концентрации следует вводить количество препарата, равное выведенному. Определение дозировки таких лекарственных средств должно производиться с особой тщательностью из-за высокого риска аккумуляции препарата в организме. К счастью, таких препаратов немного. К ним относятся фенитоин, дикумарол и пробеницид. При высоких дозах (измеряемых в граммах в день) подобный эффект наблюдается и в случае приема ацетилсалициловой кислоты. То же самое и с алкоголем!

Особенности кривой

При обычной схеме приема лекарственного средства когда через регулярные интервалы принимаются идентичные дозы, равновесная концентрация достигается через 4 периода полувыведения и концентрация в плазме падает до нуля при прекращении лечения.

Ударная доза

Существует ряд причин, заставляющих применить несколько иную схему введения препарата. При равновесной концентрации общее количество лекарственного средства в организме остается постоянным. Если Вам требуется быстро достичь этого состояния, Вы можете однократно ввести в организм то количество лекарственного средства, которое присутствует в организме при равновесной концентрации (Рис.19). Какое же количество нужно ввести в подобном случае? Теоретически, Вам понадобится средняя концентрация в плазме, умноженная на объем распределения. В большинстве случаев эти цифры можно найти в книгах по фармакологии, либо обратиться к провизору или производителю препарата. Для некоторых лекарственных средств существуют фиксированные схемы применения, например, для дигоксина.



Медленное увеличение начальной дозы

Некоторые лекарственные средства нельзя вводить ударной дозой. Для этого есть три возможные причины. Во-первых, в случае, если у препарата узкий терапевтический индекс или выраженная вариабельность расположения терапевтического индекса у разных пациентов. В подобной ситуации необходимо медленно входить в пределы терапевтического индекса, без превышения допустимых уровней. Такой метод называется поиском дозы. Второй причиной является вариабельность кинетики и различных пациентов. Третьей причиной может являться необходимость выработки переносимости побочных эффектов. Правило: “Тише едешь – дальше будешь”.

Как уже упоминалось выше, требуется 4 периода полувыведения для достижения стабильной концентрации. Это означает, что Вы не должны увеличивать дозу до истечения этого времени и до того, как вы убедились в отсутствии нежелательных эффектов. В таблице 7 Главы 8 перечислены те лекарственные средства, для которых рекомендуется медленное увеличение дозы.

Постепенное снижение дозы

Иногда организм человека привыкает к присутствию определенных лекарственных средств и физиологические системы приспособляются к их наличию. Во избежание возможного возникновения синдрома отмены в таких случаях нельзя резко прерывать лечение, а следует делать это постепенно. Необходимо постепенно снижать дозу, давая организму возможность адаптироваться к новой стабильной концентрации. В таблице 8 Главы 11 перечислены наиболее важные лекарства, схемы применения которых требуют постепенного сокращения дозы.

Приложение 2

Основные литературные источники

Практические и недорогие книги по лекарственным средствам и по их назначению.

Национальные перечни основных лекарственных средств, национальные фармакологические справочники, клинические справочники, общие и национальные рекомендации по лечению. Эти книги – важнейший инструмент в Ваших руках, т.к. здесь Вы найдете те лекарственные средства, которые рекомендуются и существуют в системе здравоохранения. Если указанные выше справочники отсутствуют, то используйте следующие издания:

- *WHO Model List of Essential Drugs*. See: *The use of essential drugs* (containing the latest model list) under WHO publications on p.86. In the absence of a national list, the WHO model list offers a good indication of effective, safe and relatively cheap essential drugs within each therapeutic category.
- *WHO treatment guidelines for common diseases*, such as acute respiratory tract infections, diarrhoeal diseases, malaria and other parasitic diseases, sexually transmitted diseases, tuberculosis, leprosy and others. These are very useful references, based on international expert consensus. In many cases they are used by countries when developing their national treatment guidelines.
- *British National Formulary*. London: British Medical Association & The Pharmaceutical Society of Great Britain. This is a highly respected reference work containing essential information on a selection of drugs available on the UK market, with price indication. There are short evaluative statements for each therapeutic group. Although revised every six months, old issues remain a valuable source of information and may be available to you at no or very low cost.
- *Clinical Guidelines – Diagnostic and Treatment Manual*. Paris: Medecins sans Frontieres. Editions Hatier, 1990. This is a very practical book, which is largely based on WHO treatment guidelines for common diseases.

Основные работы:

- Avery GS. *Drug Treatment*. 2nd ed. Sydney: ADIS Press, 1987.
- Laurence DR, Bennet PN. *Clinical Pharmacology*. 7th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992.
- Goodman & Gilman. *Pharmacological Basis of Therapeutics*. 8th ed. New York: McMillan Publications Co, 1992.
- Martindale. *The Extra Pharmacopoeia*. 30th Ed. London: Pharmaceutical Press, 1993.
- USP DI, Vol. 1.: *Drug Information for the Health Care Provider*, Vol. 2.: *Information for the Patient*. Under authority of the United States Pharmacopoeial Convention Inc., 12601 Twinbrook Parkway, Rockville, Maryland 20832, USA.

Бюллетени по лекарственным средствам:

- *Drug and Therapeutics Bulletin*, Consumers' Association, 14 Buckingham Street, London WC2N 6DS, UK. Published fortnightly; offers comparative assessments of therapeutic value of different drugs and treatments.
- *Prescrire International*, Association Mieux Prescrire, BP 459, 75527 Paris Cedex 11, France. Published quarterly; provides English translations of selected articles on clinical pharmacology, ethical and legal aspects of drugs, which have appeared in *La Revue Prescrire*.
- *The Medical Letter*, The Medical Letter Inc. 56 Harrison Street, New Rochelle, NY 10801, USA. Published fortnightly; provides comparative drug profiles and advice on the choice of drugs for specific problems.
- If you want to check whether an independent drug bulletin is published in your country contact: *The International Society of Drug Bulletins*, 103 Hertford Road, London N2 9BX, UK, or the WHO Action Programme on Essential Drugs.

Публикации ВОЗ:

- *The Use of Essential Drugs (including the 8th Model List of Essential Drugs)*. Geneva: World Health Organization, 1995. Technical Report Series 850. This booklet also contains the criteria for the selection of essential drugs and information on applications of the model list. The book is updated every two years.
- *WHO Model Prescribing Information*. Geneva: World Health Organization. A series of authoritative booklets with unbiased drug information for the prescriber, including most drugs on the WHO Model List of Essential Drugs. Each module deals with one therapeutic group. The series is not yet complete.
- *WHO Ethical Criteria for Medicinal Drug Promotion*. Geneva: World Health Organization, 1988. This is the text of a WHO statement adopted by the World Health Assembly of 1988, setting out general principles which could be adapted by governments to national circumstances. Reprinted in *Essential Drugs Monitor* 17.
- *WHO Drug Information*. Geneva: World Health Organization. A quarterly journal that provides an overview of topics relating to drug development and regulation. It seeks to relate regulatory activity to therapeutic practice.
- *International Nonproprietary Names (INN) for Pharmaceutical Substances*. Geneva: World Health Organization, 1992. This book contains an updated cumulative list of officially approved generic names in Latin, English, French, Russian and Spanish.
- *Essential Drugs Monitor*, Geneva: World Health Organization, Action Programme on Essential Drugs. Free of charge and published three times per year; contains regular features on issues related to the rational use of drugs, including drug policy, research, education and training, and a review of new publications.

Приложение 3

Использование некоторых лекарственных форм на практике

Не всегда под рукой есть информация на доступном языке, разъясняющая, как закапывать глазные капли ребенку или как применять аэрозольный ингалятор. Данное приложение содержит подробную, шаг за шагом, инструкцию по введению различных лекарственных форм. Эта информация включена в данное пособие потому, что, как врач Вы несете полную ответственность за лечение Вашего пациента, даже если практически осуществляется Вашим коллегой, например медсестрой или самим пациентом. Вам часто придется объяснять пациентам, как правильно проводить лечение. Вам, возможно, придется обучать и других людей, работающих в области здравоохранения.

Инструкции представлены в форме, позволяющей использовать их как отдельные самостоятельные информационные листки для пациентов. Если у Вас есть возможность воспользоваться ксероксом, то Вы можете размножить материал. Может быть, Вам захочется адаптировать его к своим условиям или перевести на национальный язык.

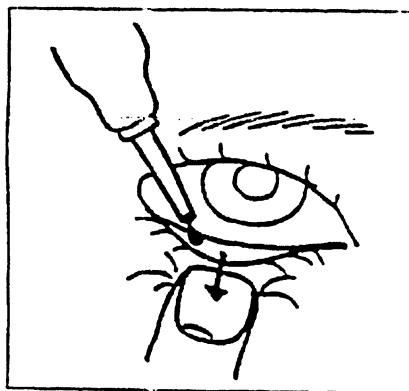
Содержание:

	Стр.
1. Глазные капли.....	92
2. Глазная мазь.....	93
3. Ушные капли.....	94
4. Капли в нос.....	95
5. Аэрозоль для носа.....	96
6. Трансдермальный патч/наклейка.....	97
7. Аэрозоль.....	98
8. Ингалятор с капсулой.....	99
9. Суппозитории.....	100
10. Вагинальные таблетки с аппликатором.....	101
11. Вагинальные таблетки без аппликатора.....	102
12. Вагинальные кремы, мази и гель.....	103

Лист 1

Глазные капли

1. Вымойте руки.
2. Не прикасайтесь к кончику пипетки.
3. Посмотрите вверх.
4. Оттяните нижнее веко так, чтобы образовался “канальчик”.
5. Поднесите пипетку как можно ближе к “канальчику”, но не прикасайтесь к нему или к глазу.
6. Закапайте прописанное число капель в “канальчик”.
7. Закройте глаз на две минуты. Не зажмуривайте его слишком сильно.
8. Излишняя жидкость может быть удалена с помощью ткани.
9. Если нужно ввести больше, чем один вид глазных капель, подождите не менее пяти минут прежде, чем ввести следующие.
10. При закапывании глазных капель может появиться чувство жжения, но оно не должно продолжаться более, чем несколько минут. Если жжение длится дольше, проконсультируйтесь с врачом или фармацевтом



Пункты 4 и 5

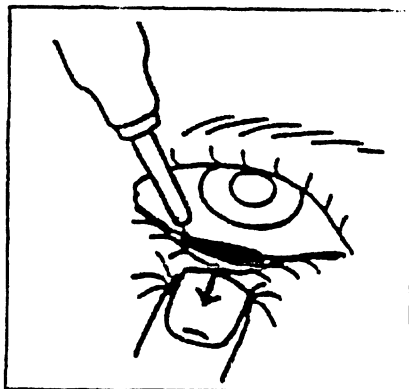
Введение глазных капель детям

1. Положите ребенка на спину: голова должна лежать прямо
2. Глаза ребенка должны быть открыты
3. Закапайте назначенное количество капель в уголок глаза
4. Удалите лишнее лекарство
5. Удерживайте голову ребенка прямо еще несколько минут

Лист 2

Глазная мазь

1. Вымойте руки.
2. Ни к чему не прикасайтесь концом тюбика.
3. Откиньте голову немного назад.
4. Возьмите тюбик в одну руку, другой оттяните нижнее веко, чтобы получился “канальчик”.
5. Поднесите кончик тюбика как можно ближе к “канальчику”.
6. Положите то количество мази, которое Вам прописано.
7. Закройте глаз на две минуты.
8. Вытрите излишки мази тканью.
9. Протрите кончик тюбика другой тканью.

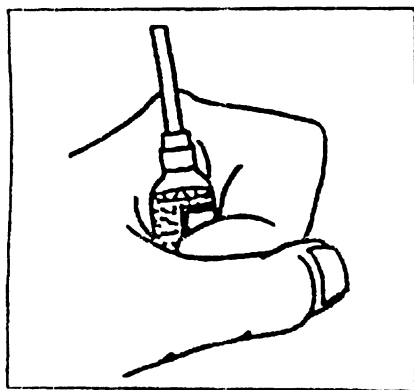


Пункты 4 и 5

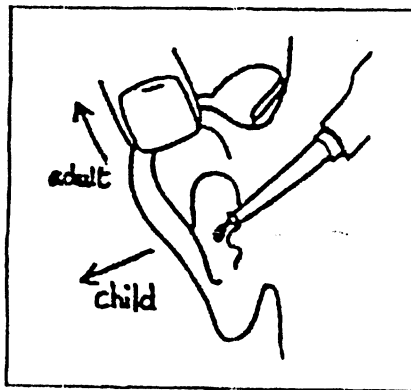
Лист 3

Ушные капли

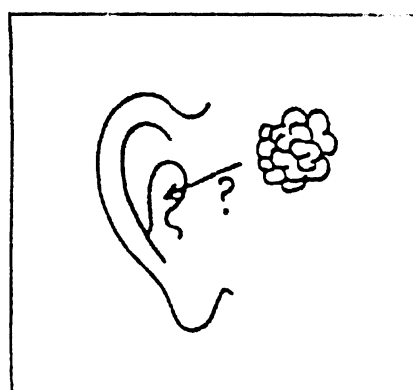
1. За несколько минут до применения согрейте ушные капли в руках, не согревайте их в горячей воде, так как невозможно проконтролировать температуру.
2. Наклоните голову в сторону или лягте на бок.
3. Осторожно отогните ушную дольку, чтобы открыть доступ к ушному каналу.
4. Закапайте назначенное количество капель.
5. Подождите 5 минут и перевернитесь на другой бок.
6. Затыкать ухо ватой после закапывания следует только в случае, если есть рекомендации производителя.
7. Ушные капли не должны вызывать чувство жжения более пяти минут.



Пункт 1



Пункт 2

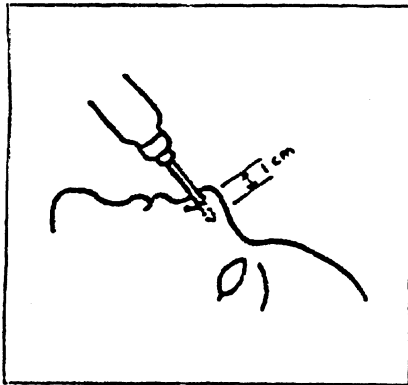


Пункт 3

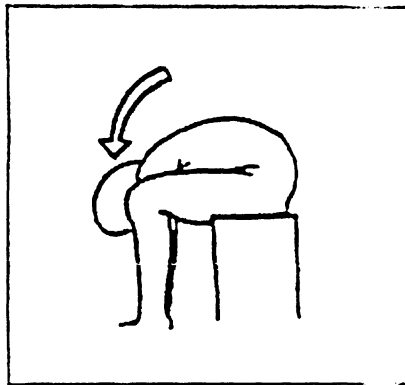
Лист 4

Капли в нос

1. Прочистите нос
2. Сядьте и сильно откиньте голову назад или лягте с подушкой под плечами, держите голову прямо
3. Введите пипетку приблизительно на один сантиметр в ноздрю
4. Закапайте назначенное количество капель
5. Сразу после этого резко наклоните голову (голова между колен)
6. Выпрямитесь через несколько секунд; капли стекут в глотку
7. При необходимости повторите процедуру для следующей ноздри
8. Промойте пипетку кипяченой водой



Пункты 2 и 3

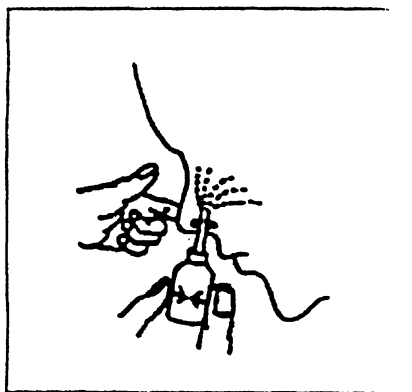


Пункт 5

Лист 5

Аэрозоль для носа

1. Прочистите нос
2. Сядьте, слегка откинув голову
3. Взболтайте аэрозоль
4. Вложите кончик распылителя в ноздрю
5. Закройте другую ноздрю и рот
6. Распылите содержимое путем сжатия флакона (баллона, контейнера) и втягивайте в себя
7. Выньте конец флакона из ноздри и сильно наклоните голову (голова между колен)
8. Выпрямитесь через несколько секунд, спрей стечет в глотку
9. Вдохните через рот
10. В случае необходимости, повторите процедуру в другую ноздрю
11. Промойте кончик флакона кипяченой водой



Пункты 4 и 5

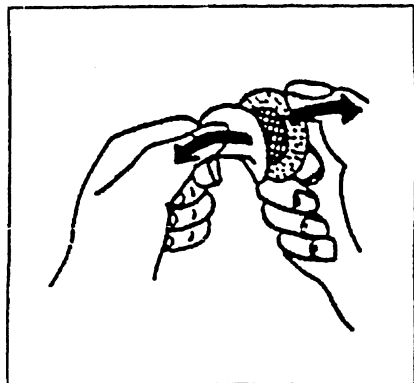


Пункт 7

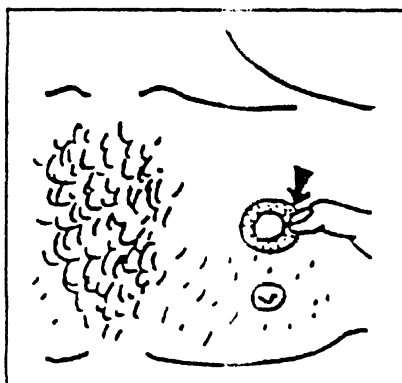
Лист 6

Трансдермальный пластырь

1. Место наклеивания пластыря проверьте по инструкции по применению или у своего провизора
2. Не наклеивайте на воспаленные или поврежденные участки кожи
3. Не наносить на кожные складки или под тесную одежду, регулярно меняйте места наклеивания пластыря
4. Прикрепляйте чистыми и сухими руками
5. Полностью прочистить и осушить место применения
6. Достаньте наклейку из упаковки, не прикасаясь к лекарственной стороне
7. Приложите к коже и сильно прижмите. Разотрите края для лучшего прикрепления.
8. Удалять и заменять по инструкции



Пункт 7

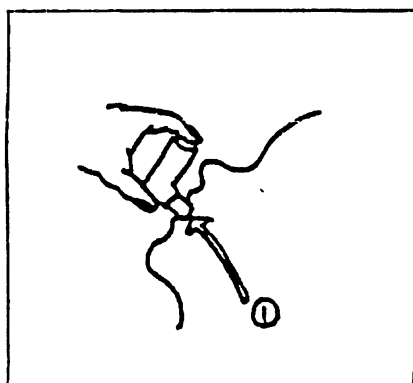


Пункт 8

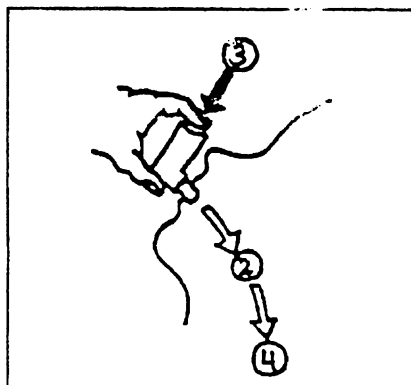
Лист 7

Аэрозоль

1. Откашляйте как можно больше мокроты
2. Взболтайте аэрозоль перед употреблением
3. Держите аэрозоль так, как указано в инструкции производителя (обычно, перевернуто)
4. Крепко зажмите губами распылитель
5. Откиньте голову немного назад
6. Медленно выдохните как можно больше воздуха, освобождая легкие
7. Глубоко вдохните, “активируйте” аэрозоль, язык прижмите вниз
8. Задержите дыхание на десять, пятнадцать секунд
9. Выдохните через нос
10. Прополощите рот теплой водой



Пункты 4 и 5

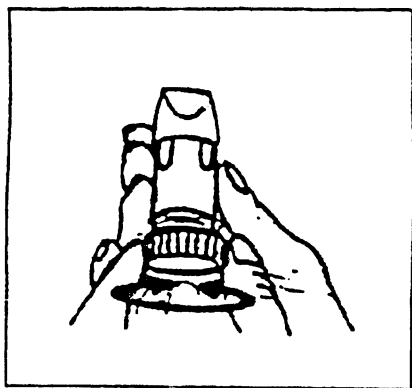


Пункт 8

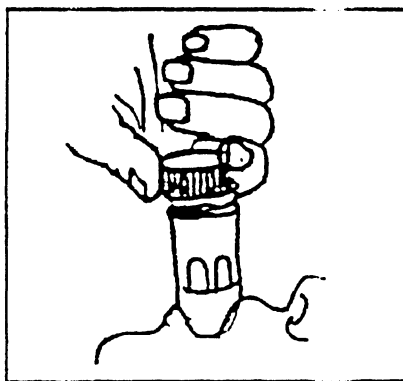
Лист 8

Ингалятор с капсулой

1. Откашляйте как можно больше мокроты
2. Вложите капсулу(ы) в ингалятор согласно инструкции производителя
3. Выдохните медленно и оставьте в легких как можно меньше воздуха
4. Крепко сожмите губы вокруг наконечника ингалятора
5. Слегка откиньте голову назад
6. Глубоко вдохните через ингалятор
7. Задержите дыхание на 10–15 секунд
8. Выдохните через нос
9. Прополощите рот теплой водой



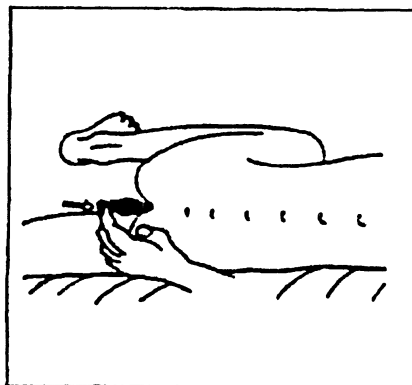
Пункт 4



Пункт 5

Лист 9 Суппозиторий

1. Вымойте руки.
2. Снимите обертку (если суппозиторий не слишком мягкий).
3. Если суппозиторий слишком мягкий, положите охладиться (в холодильнике или под холодной водой в защитной упаковке), затем снимите обертку.
4. Удалите возможные острые выступы, отогревая в руках.
5. Намочите суппозиторий холодной водой.
6. Ложитесь на бок, согните колени.
7. Осторожно введите суппозиторий круглым концом в задний проход.
8. Полежите несколько минут.
9. Постарайтесь в течение часа не напрягаться.

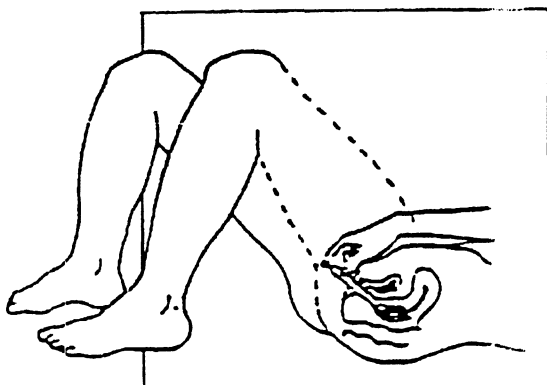


Пункт 6

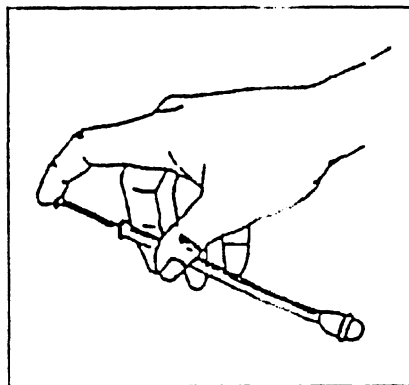
Лист 10

Вагинальные таблетки с аппликатором

1. Вымойте руки
2. Снимите упаковку с таблетки
3. Поместите таблетку в открытый конец аппликатора
4. Лягте на спину, согните и разведите колени
5. Осторожно введите аппликатор с таблеткой во влагалище как можно глубже. Не прилагайте силу
6. Нажмите поршень и выдавите таблетку
7. Достаньте аппликатор
8. Выбросьте аппликатор, если он одноразовый, и промойте обе части аппликатора с мылом и кипяченой водой если он многоразовый
9. Вымойте руки



Пункт 4 и 5

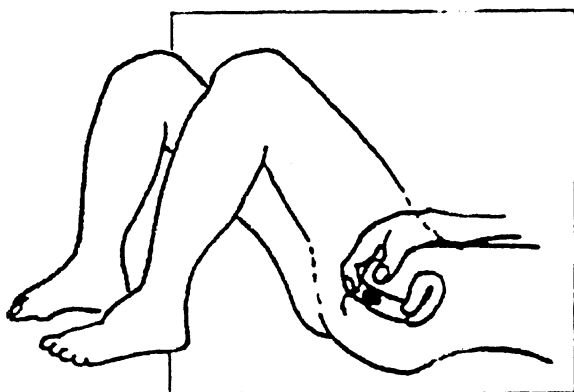


Пункт 6

Лист 11

Вагинальные таблетки без аппликатора

1. Вымойте руки
2. Удалите обертку с таблетки
3. Погрузите таблетку в тепловатую воду, чтобы слегка увлажнить
4. Лягте на спину, согните и разведите колени
5. Осторожно введите таблетку во влагалище как можно глубже, силу не применять
6. Вымойте руки



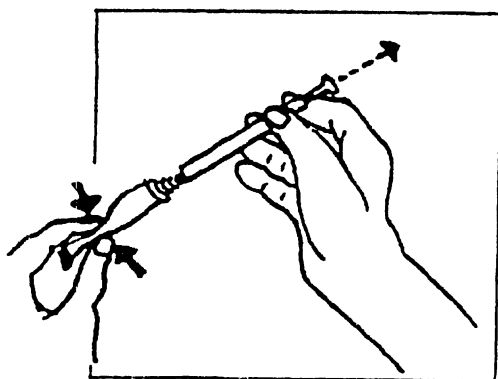
Пункты 4 и 5

Лист 12

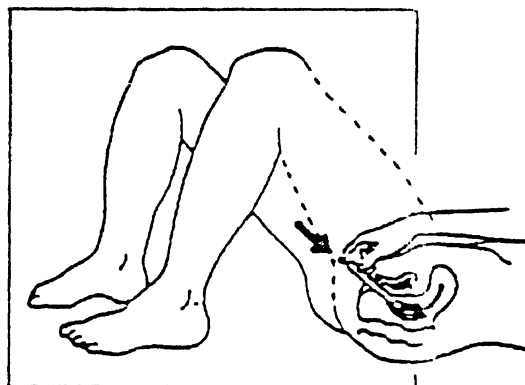
Применение вагинальных мазей, кремов и гелей

(большинство этих лекарственных средств продаются с аппликаторами)

1. Вымойте руки
2. Снимите крышку с тюбика, содержащего лекарственное средство
3. Привинтите аппликатор к тюбику
4. Выдавите из тюбика в аппликатор нужное количество лекарства
5. Снимите аппликатор с тюбика (держа цилиндр)
6. Нанесите немного крема на нужную сторону аппликатора
7. Лягте на спину, согните колени и разведите их в стороны
8. Осторожно введите аппликатор как можно глубже во влагалище, не используя силу
9. Одной рукой держа за цилиндр, другой надавите на поршень и введите лекарственное средство во влагалище
10. Удалите аппликатор из влагалища
11. Выбросьте аппликатор если он одноразовый и вымойте кипяченой водой если много-разовый
12. Вымойте руки



Пункты 4 и 5



Пункты 7 и 8

Приложение 4

Использование инъекций

Инъекции назначаются в двух основных случаях. Первое для получения быстрого эффекта, второе – потому что только инъекция есть та лекарственная форма вызывающая требуемый эффект. Лицо, назначающее лекарственное средство, должно знать, как выполнять инъекции не только в чрезвычайных и других подобных им ситуациях при необходимости, но и быть в состоянии проинструктировать других работников здравоохранения или самих пациентов.

Многие назначаемые инъекции необоснованно опасны и неудобны. Почти всегда они дороже таблеток, капсул и других лекарственных форм. Каждый раз, назначая инъекции, следует найти баланс между медицинской необходимостью с одной стороны и риском побочных действий с другой.

При инъекции лекарства ожидаются определенные эффекты, а вместе с ними также и побочные воздействия. Лицо, делающее инъекцию, должно знать, каких эффектов следует ждать и как следует поступить, если что-то пойдет не так. Это значит, что если инъекцию делаете не Вы сами, то Вы должны быть уверены, что она делается квалифицированным лицом.

Лицо, назначающее лекарственное средство, должно знать, как удалить использованные шприцы, иглы, ампулы после инъекции. Игла, а иногда и шприц являются загрязненными и нужны специальные действия для их уничтожения. Пациент, получающий инъекции на дому, должен знать об этом.

Содержание:

	Стр.
Общие аспекты парентерального введения лекарственного средства.....	105
1. Забор лекарства из ампул (стеклянной, пластиковой)	106
2. Забор лекарства из флакона.....	107
3. Приготовление раствора из сухого лекарственного средства.....	108
4. Подкожная инъекция.....	109
5. Внутримышечная инъекция.....	110
6. Внутривенная инъекция.....	111

Общие практические аспекты инъекций лекарственных средств

Кроме специальной техники инъекций, Вам следует придерживаться нескольких общих правил.

1. Срок годности

Проверьте срок годности каждого предмета, включая лекарственное средство.

Если Вы навещаете больных по вызовам, регулярно проверяйте срок годности препаратов в Вашей медицинской сумке.

2. Лекарственное средство

Проверьте, чтобы флакон или ампула содержали нужное лекарство в нужной концентрации.

3. Стерильность

В течение всего подготовительного периода все материалы должны быть стерильными.

Вымойте руки, приступая к процедуре.

Продезинфицируйте кожу вокруг места инъекции.

4. Отсутствие пузырьков

Проверьте, нет ли пузырьков воздуха в шприце.

Это особенно важно при внутривенных инъекциях.

5. Безопасность

Как только с иглы снят защитный колпак, требуется предельное внимание.

Ни к чему не прикасайтесь незащищенной иглой.

После введения не уколите себя или кого-нибудь еще.

6. Отходы

Проверьте, чтобы использованные шприцы и ампулы были удалены в безопасное место.

Лист 1

Забор лекарства из ампул

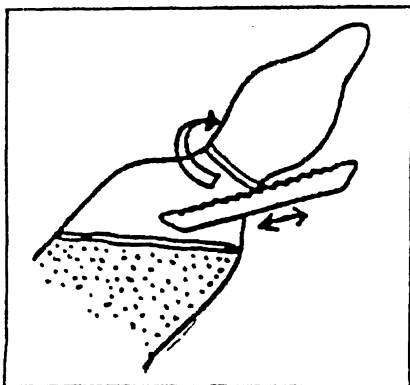
(стеклянных или пластиковых)

Необходимые материалы

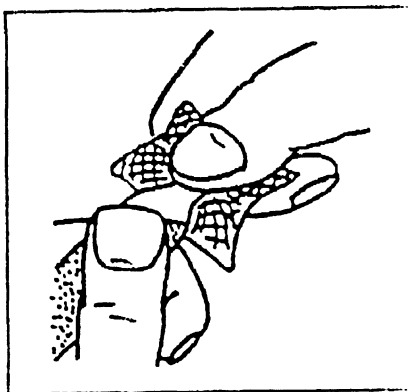
Шприц и игла подходящего размера, ампула с необходимым лекарственным средством в нужной концентрации и марля.

Техника

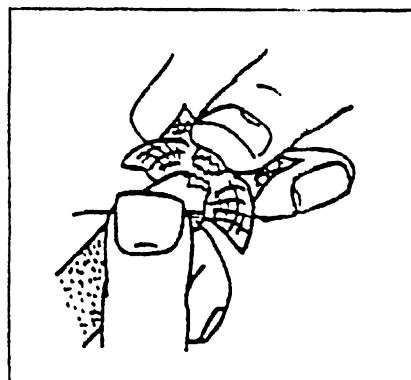
1. Вымойте руки.
2. Наденьте иглу на шприц.
3. Удалите жидкость из горлышка ампулы встряхиванием или быстрыми движениями по нисходящей спирали.
4. Надпилите шейку ампулы.
5. Защитите пальцы марлей, если ампула из стекла.
6. Осторожно отломите верх ампулы (если пластиковая, открутите верх).
7. Отсосите жидкость из ампулы.
8. Удалите весь воздух из шприца.
9. Вытрите; аккуратно избавьтесь от использованной иглы; вымойте руки.



Пункт 4



Пункт 5



Пункт 6

Лист 2

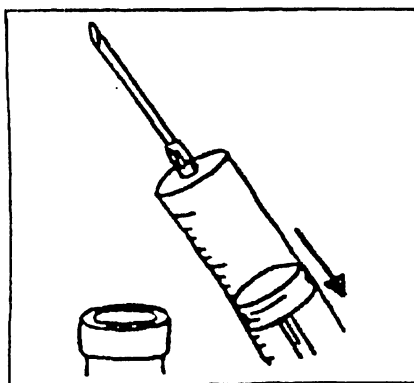
Забор лекарства из флакона

Нужные материалы

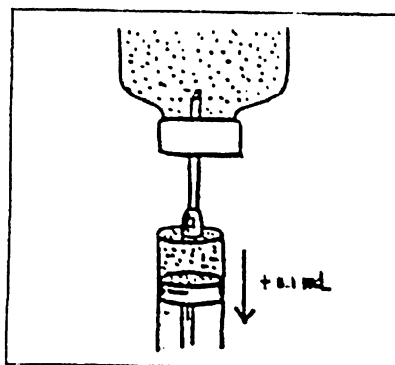
Флакон с требуемым лекарственным веществом или раствором, шприц и игла нужного размера, (внутримышечная, внутривенная или подкожная), спирт, марля.

Техника

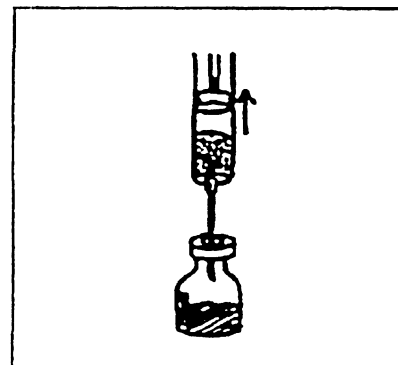
1. Вымойте руки.
2. Продезинфицируйте верхнюю часть флакона.
3. Используйте шприц с объемом в два раза больше, чем требуется для нужного количества лекарственного средства или раствора, наденьте иглу.
4. Всосите воздуха ровно столько, сколько требуется всосать жидкости из флакона.
5. Вонзите иглу в головку флакона и переверните.
6. Выдавите воздух во флакон (надавливанием).
7. Всосите нужное количество жидкости плюс 0.1 мл. Проверьте, чтобы конец иглы находился в жидкости.
8. Вытащите иглу из флакона.
9. Удалите возможный воздух из шприца.
10. Вытрите; осторожно избавьтесь от отходов; вымойте руки.



Пункт 4



Пункт 6



Пункт 7

Лист 3

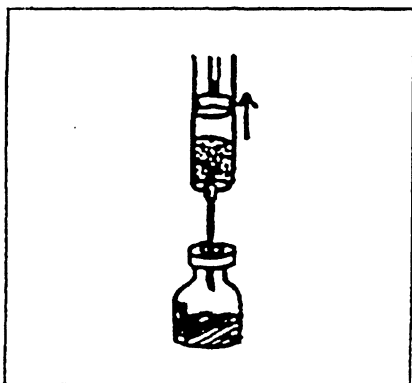
Приготовление раствора из сухого лекарственного средства

Необходимые материалы

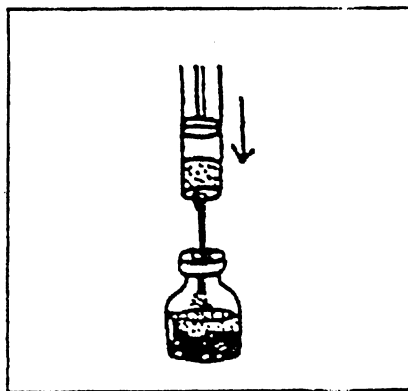
Флакон с сухим лекарственным средством, которое нужно растворить, шприц с нужным количеством растворителя, игла подходящего размера (вв, пк, вл) на шприце, спирт, инъекционная игла, марля.

Техника

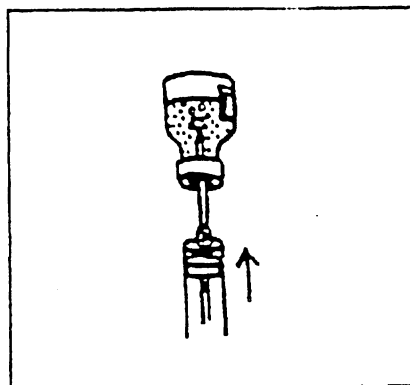
1. Вымойте руки.
2. Прозеинфицируйте резиновую крышечку флакона, содержащего лекарство.
3. Воткните иглу во флакон, держите его прямо.
4. Всосите количество воздуха эквивалентное жидкости в шприце.
5. Введите во флакон жидкость, но не воздух.
6. Встряхните.
7. Проверните пузырек.
8. Введите воздух во флакон (нажимом).
9. Всосите всю жидкость (но не воздух).
10. Выдавите весь воздух из шприца.
11. Протрите; избавьтесь от отходов; вымойте руки.



Пункт 4



Пункт 5



Пункт 8

Лист 4

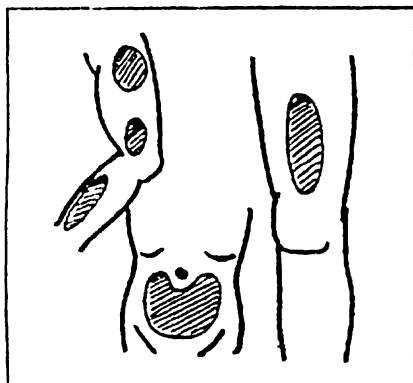
Подкожная инъекция

Необходимые материалы

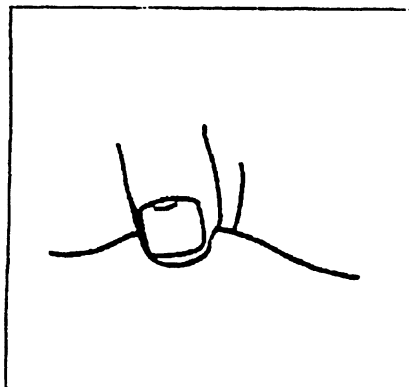
Шприц с вводимым лекарственным средством, игла (Gauss25, короткая и тонкая), спирт, вата, лейкопластырь.

Техника выполнения

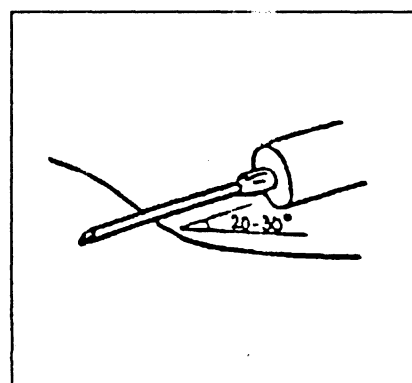
1. Вымойте руки.
2. Успокойте пациента и объясните процедуру.
3. Обнажите область введения (плечо, брюшную полость, бедро)
4. Прозеинфицируйте кожу.
5. “Защипните” складку кожи.
6. Введите иглу в верхнюю часть складки под углом 20/30 градусов.
7. Отпустите кожу.
8. Если появилась кровь: выньте иглу, замените ее, если есть возможность, и начните снова с пункта 4.
9. Вводите медленно (0.5–1 минута).
10. Быстрым движением вытащите иглу.
11. Прижмите вату к отверстию. Закрепите лейкопластырем.
12. Проверьте реакцию пациента, если надо, снова успокойте его.
13. Вытрите; выбросьте отходы в надежное место; вымойте руки.



Пункт 3



Пункт 5



Пункт 6

Лист 5

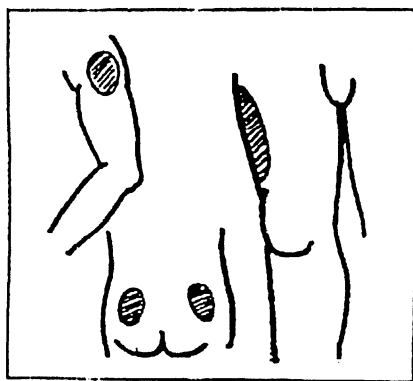
Внутримышечная инъекция

Необходимые материалы

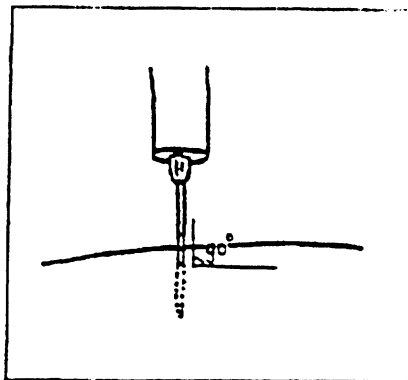
Шприц с вводимым лекарством (без воздуха), игла (Gauss 22, длинная, средней толщины на шприце), спирт, вата, лейкопластырь.

Техника

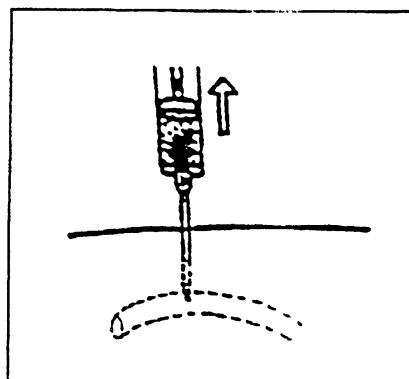
1. Вымойте руки
2. Успокойте пациента и объясните процедуру
3. Обнажите участок введения (латеральный верхний квадрант основной ягодичной мышцы, латеральная часть бедра, дельтовидная мышца)
4. Продезинфицируйте участок кожи
5. Попросите пациента расслабить мышцу
6. Осторожно введите иглу под углом 90° (осторожно с глубиной)
7. Чуть отсосите, при появлении крови вытащите иглу. Замените ее новой, если возможно, и начните снова с пункта 4
8. Вводите медленно (менее болезненно)
9. Вытащите иглу быстрым движением
10. Прижмите стерильную вату к отверстию. Зафиксируйте лейкопластырем.
11. Проверьте реакцию пациента и, в случае необходимости, еще раз его успокойте
12. Вытрите; выбросьте остатки в надежное место; вымойте руки.



Пункт 4



Пункт 5



Пункт 6

Лист 6

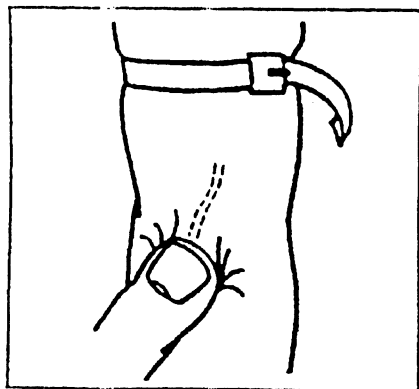
Внутривенная инъекция

Необходимые материалы

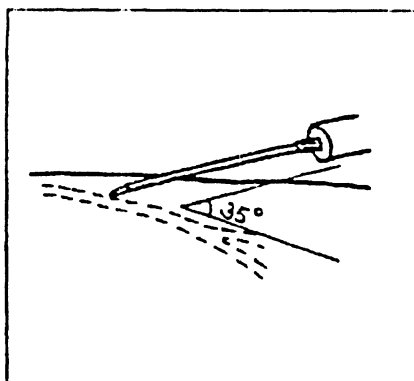
Шприц с вводимым лекарством, игла (Gauss 22, длинная, средней толщины на шприце), спирт, вата, лейкопластырь, жгут.

Техника

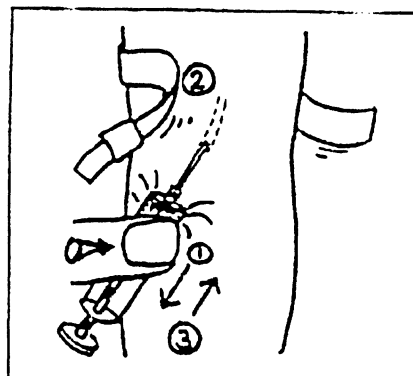
1. Вымойте руки
2. Успокойте пациента и объясните процедуру
3. Обнажите полностью руку
4. Попросите пациента расслабиться и поддержите его руку ниже вены, в которую будут вводить лекарство
5. Наденьте жгут и найдите подходящую вену
6. Подождите пока вена набухнет
7. Прозеинфицируйте участок кожи
8. Найдите вену, нажимая на кожу вдоль вены. Делайте это рукой, которая не используется для инъекции
9. Введите иглу под углом 35°
10. Проколите кожу и осторожно введите иглу в вену (3–5 мм)
11. Держите шприц и иглу ровно
12. Отсосите. Если появится кровь держите шприц твердо, Вы попали в вену. Если крови нет, попробуйте еще раз.
13. Ослабьте жгут
14. Вводите очень медленно. Проверьте на боль, набухание и гематому. Если Вы сомневаетесь, что Вы попали в вену, попробуйте еще раз!
15. Вытащите иглу быстрым движением. Прижмите стерильную вату к отверстию. Зафиксируйте лейкопластырем.
16. Проверьте реакцию пациента и, в случае необходимости, еще раз его успокойте
17. Вытрите; выбросьте остатки в надежное место; вымойте руки.



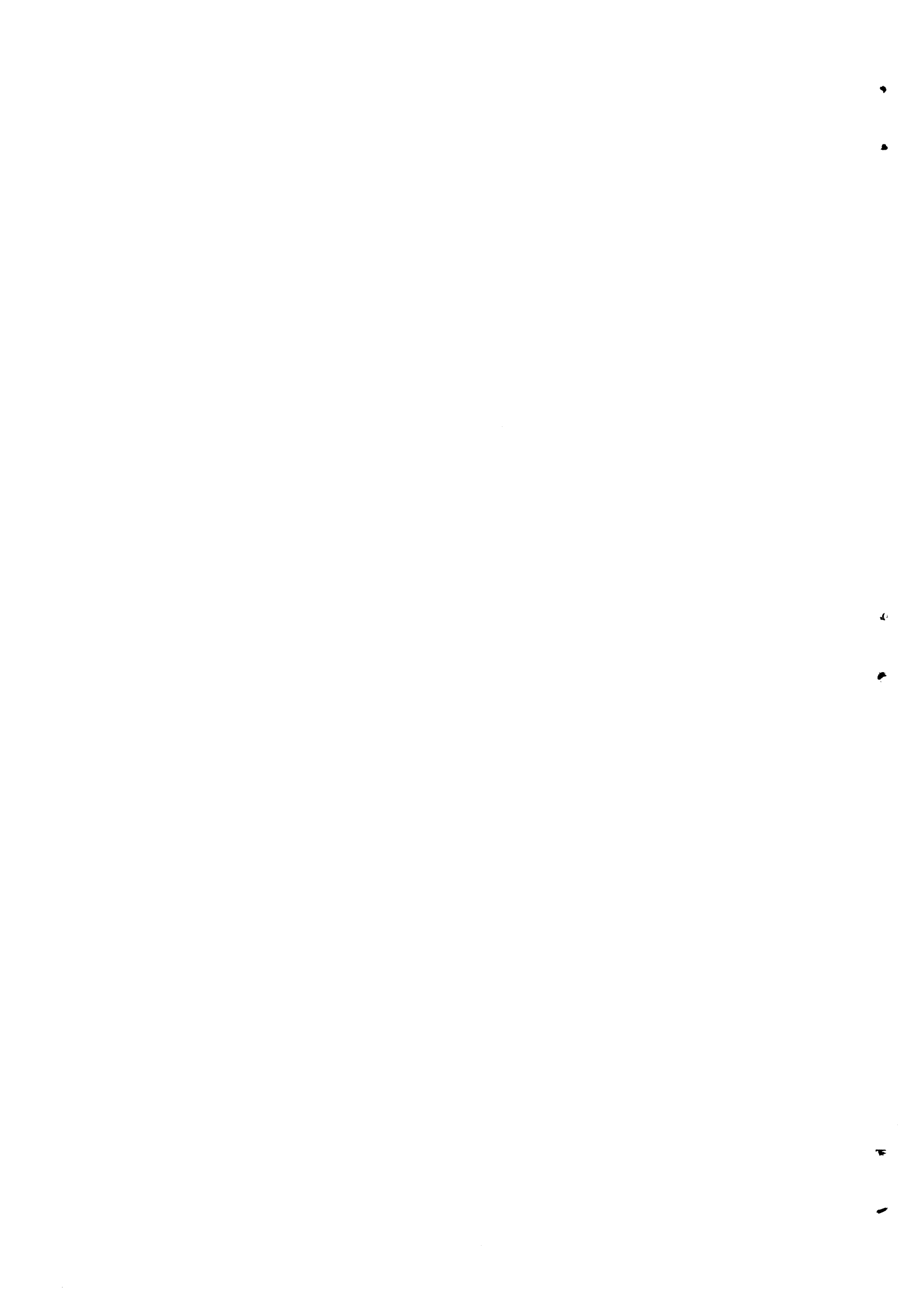
Пункт 8

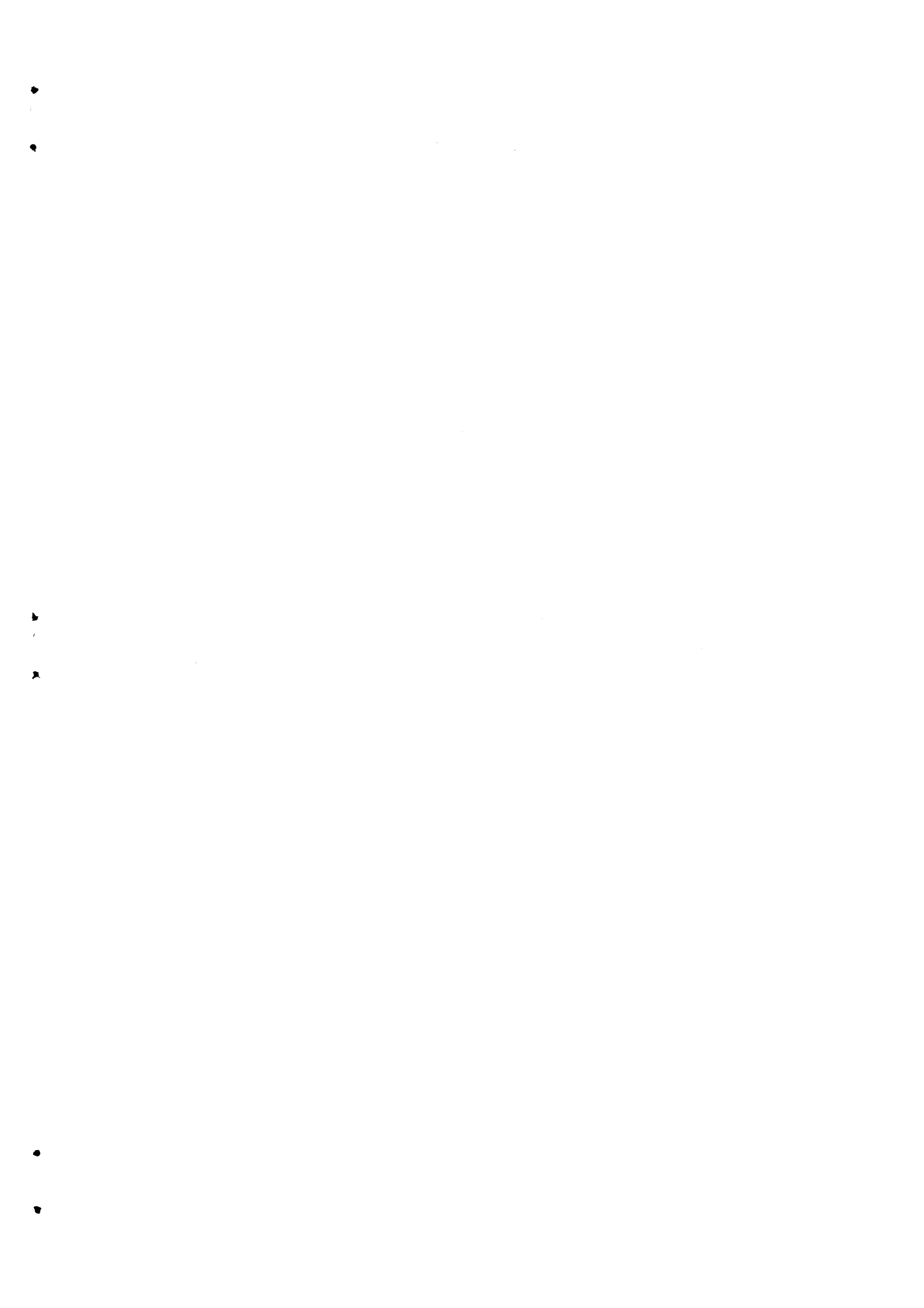


Пункт 9



Пункты 11–14





Это пособие может быть использовано для самостоятельного обучения, на основе систематического подхода, приведенного в этой книге и как часть формальных обучающих курсов. Хотя сначала эта книга задумывалась как пособие для студентов выпускных курсов приступающих к клинической фазе обучения, выпускники и практикующие врачи могут также воспользоваться этим руководством, как источником новых знаний и, возможно, как средством для самосовершенствования.

Фармакологическое обучение студентов носит, в основном, скорее теоретический, чем практический характер. Материалы чаще всего сконцентрированы на лекарственном средстве и сфокусированы на показаниях и побочных действиях различных лекарственных средств. В клинической практике должен быть применен как раз обратный подход, т.е. от диагноза – к лекарственному средству. Более того, пациенты различны по полу, возрасту, массе тела, социо-культурной характеристике и все это может иметь свое значение при выборе методов лечения. Пациенты также имеют свое собственное мнение о надлежащем лечении и должны быть полноправными партнерами в процессе терапии. Всему этому не всегда учат в медицинских ВУЗах, и время, отведенное на терапию, гораздо меньше, чем на обучение традиционной фармакологии. Результатом такого обучения является то, что несмотря на полученные знания по фармакологии, практические навыки остаются на низком уровне.

В этой книге шаг за шагом приводятся рекомендации по процессу рационального назначения лекарственных средств, сопровождаемые иллюстративными примерами. Здесь обучают навыкам столь необходимым в клинической карьере. Выписывание лекарственного средства представлено в данном пособии как часть процесса со многими другими компонентами. Эта часть книги посвящена принципам отбора лекарственных средств и их применения на практике. Эта часть научит Вас составлять собственный перечень тех лекарственных средств, которые Вы будете выписывать регулярно и с которыми Вы познакомитесь. Эти средства будут называться вашими **П** (Персональными) лекарственными средствами. На практических примерах Вас обучают выбирать, прописывать и осуществлять мониторинг лечения, а также, как лучше общаться с пациентами. В этой части Вы найдете описание положительных и отрицательных сторон различных источников информации.

Программа действий ВОЗ по основным лекарственным препаратам будет рада получить Ваши комментарии по тексту и примерам, данным в пособии, а также отчеты о применении пособия на практике. Пожалуйста, пишите: The Director, Action Programme on Essential Drugs, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland Fax: +41 22 7914167

По вопросам, связанным с русским изданием обращайтесь в Программу по Фармацевтическим Препаратам Европейского Регионального Бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания. Fax: +45 39 171855