

ОЦЕНКА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПРОВИЗОРОВ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ В ОТНОШЕНИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ НЕСОВМЕСТИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Сидуллин А.Ю.¹

¹ГБОУ ВПО «Казанский Государственный медицинский университет Минздрава России», Казань, Россия (420012, Казань, ул. Бутлерова, 49), e-mail: sid_svetlana@mail.ru

С точки зрения практикующего врача заслуживают внимания два аспекта комбинированной терапии - это взаимодействие лекарств при введении нескольких растворов в одной инфузии или шприце; взаимодействия, возникающие между лекарством и растворителем. В настоящее время врачу важно иметь достоверную информацию не только о фармакологических несовместимостях лекарств, но и не менее важны знания о фармацевтических несовместимостях. Эти сведения должны быть у практикующего врача в доступной и информативной форме. Работники практического здравоохранения недостаточно четко представляют механизмы фармацевтической несовместимости лекарственных средств при смешивании в одном шприце или инфузии. Отсутствует должный контроль провизоров аптек лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) при смешивании лекарств в условиях наркологического стационара. Недостаточно доступной информации о фармацевтической несовместимости лекарств при инфузионно-детоксикационной терапии в наркологических стационарах.

Ключевые слова: взаимодействие между лекарством и растворителем, введение лекарств в одной инфузии, фармацевтическая несовместимость.

ASSESSMENT AT THE REGIONAL LEVEL AWARENESS PHARMACISTS, PHARMACIES, DOCTORS AND PARAMEDICAL PERSONNEL NARCOLOGICAL HOSPITALS AND THE PHARMACEUTICAL INCOMPATIBILITY OF DRUGS

Sidullin A.Y.¹

¹Kazan State Medical University Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia (420012, Kazan, Butlerova street, 49), e-mail: sid_svetlana@mail.ru

From the point of view of the practitioner deserve attention to two aspects of combined therapy is a drug interaction with the introduction of several solutions in one infusion syringe; the interactions arising between medicine and solvent. At the present time, the doctor is important to have accurate information on pharmacological incompatibilities drugs, but not less important knowledge about pharmaceutical incompatibilities. This information should be a practitioner in an accessible and informative form. Practical health care workers are not clearly are mechanisms of pharmaceutical incompatibility of drugs when mixed in the same syringe or infusion. There is no proper control of pharmacists pharmacies medical and prophylactic institutions (TPI) when mixing medicines in conditions of narcological hospital. Insufficient information available about the pharmaceutical incompatibility drug infusion-detoxification therapy in narcological hospitals.

Keywords: interaction between medicine and diluent introduction of drugs in the same infusion, pharmaceutical incompatibility.

Введение

Современные изменения нашего общества сопровождалась некоторыми издержками, которые коснулись и терапии наркологических больных. Ослабление централизованного контроля терапии наркологических больных привело к тому, что пациенты не получали полноценной помощи. Необоснованный отказ от обязательных минимальных курсов лечения в наркологических клиниках из-за сокращения сроков лечения также способствовал ухудшению данной ситуации. Этим также обусловлено появление множества

непрофессиональных целителей, коммерциализация терапии, использование разнообразных экспресс-методов терапии, нарушающих принципы поэтапности, комплексности и дифференцированности лечения [10].

Использование единых и выверенных технологий терапии наркологических больных будет способствовать повышению уровня наркологической помощи, распространению положительного опыта и противодействию названным выше негативным тенденциям [1].

Причиной госпитализации в наркологический стационар могут быть следующие состояния: острая интоксикация, острая абстинентный синдром, психозы и ремиссия [2,8].

Процесс лечения алкоголизма и наркоманий условно делится на три этапа. Первый этап – проведение дезинтоксикационных мероприятий и купирование ургентных состояний, абстинентного синдрома с целью ликвидации соматоневрологических нарушений и коррекции психопатоподобных расстройств. Второй этап – полное восстановление нарушений метаболизма, ликвидация поведенческих расстройств и нормализация психического состояния. Третий этап заключается в назначении противорецидивного лечения и поддерживающей терапии [6].

Состояние острой интоксикации купируется, согласно стандартам (модели проколов) диагностики и лечения наркологических больных (Приказ №140 МЗ от 28.04.1998 г.). Инфузионно-детоксикационная терапия проводится при лечении алкогольных психозов, абстинентного алкогольного синдрома, при вытрезвлении и для купирования запоя [7].

Начало лечения наркологических больных предусматривает абсолютную и немедленную отмену алкоголя или наркотиков (исключение представляет собственно барбитуровая наркомания). Постепенная отмена систематически употребляемого психоактивного вещества (ПАВ) показана при тяжелой абстиненции, угрозе развития психоза у соматически ослабленных больных. Суть ее заключается в дополнении лечебных мероприятий введением в первые дни абстиненции систематически употребляемого препарата. При тяжелой алкогольной абстиненции (угроза развития психоза, развитие эпилептического синдрома, серьезная отягощенность соматической патологией) целесообразно в течение 2-3 суток включать в схему лечения алкогольсодержащие коктейли. Обычно это смесь Е.А. Попова (0,3-0,4 г фенобарбитала в 30-50 мл спирта, разведенного водой). В тяжелых случаях барбитуровой абстиненции (с угрозой развития судорожных припадков) показано назначение препаратов барбитуровой кислоты (барбитал, барбитал натрия, эстимал, фенобарбитал, дидепил и т.д.) [5, 8, 9].

Однако первым и очень важным этапом лечения является дезинтоксикационная терапия. При тяжелом абстинентном синдроме применяют сорбционные методы дезинтоксикации. Известны две группы методов. Одна из них основана на использовании

сорбционных способов фиксации токсичных метаболитов, циркулирующих в крови, и их последующего удаления. Другая группа включает способы удаления токсинов вместе с частью крови (плазмы). К экстракарпоральным методам дезинтоксикационной терапии относят также плазмоферез и гемодиализ. Недостающий объем плазмы восполняется плазмозамещающими растворами, донорской плазмой или альбумином. Актуально также и применение сорбционного метода выведения токсичных продуктов и без извлечения из организма элементов внутренней среды (энтеросорбция) [3, 4].

При тяжелых делириях и при энцефалопатии Гайе-Вернике часто наблюдается нарушение кровообращения в мелких сосудах, поэтому подкожное или внутримышечное введение лекарственных средств приводит к медленному их всасыванию. Для достаточно быстрого терапевтического эффекта лекарства требуется вводить внутривенно. Инфузионная терапия наркологических заболеваний предусматривает введение нескольких инъекционных растворов и инфузий в короткий промежуток времени, о чем изложено при описании различных схем лечения отравлений ПАВ и продуктами их разложения [7].

В настоящее время появляются более совершенствованные схемы лечения наркологических больных, появляются новые лекарственные средства, в том числе и в виде инъекционных форм. Это требует продолжения исследований в области несовместимости лекарств, как фармакологической, так и фармацевтической.

Актуальность проблемы. Комбинированная инфузионная терапия занимает ведущее место на этапе дезинтоксикации наркологических больных. Эффективность ее не всегда оценивается однозначно. Это связано, в большей мере, с бесконтрольным смешиванием лекарственных препаратов в одной инфузии или разбавлении их инфузионными растворами. Недостаточная осведомленность врачей и среднего медицинского персонала о фармацевтической несовместимости лекарств также играет определенную роль в этом вопросе. Не менее значимо наличие сведений об информированности провизоров аптек наркологических стационаров по этому вопросу.

Цель исследования. Оценить информированность провизоров аптечных учреждений, врачей и среднего медицинского персонала наркологических стационаров в отношении фармацевтической несовместимости лекарственных средств при смешивании их в одной инфузии или разбавлении инфузионными растворами.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование провизоров аптечных учреждений, врачей и среднего медицинского персонала филиалов и отделений ГАУЗ Республиканского наркологического диспансера МЗ РТ, токсикологических отделений стационаров РТ в отношении фармацевтической несовместимости лекарственных средств.

На 35 вопросов анкеты ответили 26 провизоров, 23 врача (наркологи, реаниматологи) и 51 медсестра.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования анкет выяснилось, что только 13% респондентов знакомы с классическими авторскими прописями и комбинациями лекарственных средств в одном шприце при инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии.

При этом 6% наблюдали смешивание растворов преднизолона, аминофиллина (эуфиллина) и изотонического раствора натрия хлорида, 3% – растворов калия хлорида, инозина (рибоксина), инсулина (актрапида НМ) с 5% раствором декстрозы (глюкозы), 54% – растворов сердечных гликозидов с 5% раствором декстрозы, 36% – раствора 2% пентоксифиллина (трентала) с раствором Рингера, 38% – раствора гликозида ландыша (коргликона) и 5% раствора декстрозы, 66% – 1% раствора дифенгидрамина (димедрола) и 50% раствора метамизола натрия (анальгина), 42% – раствора аскорбиновой кислоты с растворами витаминов группы В, 37% – 1% раствора бендазола (дибазола) с 2% раствором папаверина, 16% – комбинации растворов диазепама (реланиума), диклофенака (вольтарена), аминофиллина, магния сульфата в одном шприце, 80% – комбинации растворов дифенгидрамина, метамизола натрия, аскорбиновой кислоты, папаверина, тримеперидина (промедола), 66% – комбинации магния сульфата с другими лекарственными средствами, 21% – растворов Рингера, реополиглюкина, дисоль, трисоль, ацесоль с растворами аскорбиновой кислоты, аминофиллина, метамизола натрия, пентоксифиллина.

Изучение результатов анкетирования выявило, что 68% респондентов использовали в качестве растворителя лекарств изотонический раствор натрия хлорида и растворы декстрозы. Провизоры считают, что указанными растворами разбавляют магния сульфат, аprotинин (контрикал) и аскорбиновую кислоту. Врачи – линкомицин, окситоцин, магния сульфат, калия хлорид, строфантин К, инозин, пefлоксацин (абактал), аминофиллин, аprotинин (гордокс). Средний медицинский персонал – аминофиллин, аскорбиновую кислоту, строфантин К, пентоксифиллин, инозин, линкомицин, окситоцин, аprotинин, метамизол натрий, магния сульфат, дифенгидрамин. Таким образом, при назначении тринадцати наименований лекарственных средств использовали разбавление изотоническим раствором натрия хлорида или растворами глюкозы.

Смешивание раствора аскорбиновой кислоты с раствором натрия хлорида наблюдали 40% анкетированных и 60% – с растворами декстрозы.

60% опрошенных наблюдали нежелательные реакции у больных при ведении комбинированной терапии, чаще всего в виде кожного зуда и сыпи.

8% респондентов наблюдали внешние изменения при смешивании 2,4% раствора аминофиллина с 5% раствором декстрозы, 16% – при соединении 5% раствора аскорбиновой кислоты с растворами декстрозы, 11% – при разбавлении изотоническим раствором натрия хлорида эссенциале, фенотерола, амфотерицина В, а остальные анкетированные затруднялись ответить или дали отрицательный ответ.

16% участников анкетирования отметили, что смешанные и не использованные растворы лекарственных средств в их практике оставались на хранение.

Большинство провизоров, врачей и медсестер утверждают, что фармакологическая и фармацевтическая несовместимости снижают эффективность и безопасность лечения (86%). Они считают необходимым контроль провизора и клинического фармаколога при смешивании лекарств в одном шприце или инфузии (74%).

По мнению респондентов (44%) актуально проведение циклов тематического усовершенствования по вопросам фармацевтической несовместимости, повышение доступности информации, в том числе и в виде компьютерных программ (32%) и изменение подходов к контролю при комбинированной терапии (24%).

Выводы

1. Работники практического здравоохранения недостаточно четко представляют механизмы фармацевтической несовместимости лекарственных средств при смешивании в одном шприце или инфузии.
2. Отсутствует должный контроль провизоров аптек ЛПУ при смешивании лекарств в условиях наркологического стационара.
3. Недостаточно доступной информации о фармацевтической несовместимости лекарств при инфузионно-детоксикационной терапии в наркологических стационарах. Отсутствуют компьютерные программы по данной тематике. Не проводятся тематические циклы усовершенствования специалистов по вопросам фармацевтической несовместимости.

Список литературы

1. Алгоритмизация медицинской помощи: неотложные состояния, связанные с употреблением алкоголя / И.В. Духанина, В.Г. Москвичев, А.Л. Верткин, М.В. Духанина // Клиническая медицина. – 2006. - №7. – С. 54-55.
2. Алкоголь-обусловленные неотложные состояния в общесоматической практике / А.Л. Верткин, В.Г. Москвичев, Д.А. Шамарина и др. // Лечащий врач. – 2008. - №8. – С. 10-14.

3. Верткин А. Л. Лечение urgentных алкоголь-ассоциированных состояний и клинических синдромов, сопряженных с употреблением алкоголя / А.Л. Верткин, А.С. Скотников, В.Г. Москвичев // Лечащий врач. – 2011. - №9. – С. 4-8.
4. Козинец Г. И. Практическая трансфузиология // М.: Практическая медицина, 2005. – 544 с.
5. Лужников Е. А. Клиническая токсикология / Е.А. Лужников, Г.Н. Суходолова. – М.: Медицина, 2008. – 576 с.
6. Лужников Е. А. Особенности детоксикационной терапии при острых отравлениях этанолом с учетом преморбидного фактора / Е.А. Лужников, С.И. Петров, Б.В. Давыдов и др. // Токсикологический вестник : научно-практический журнал. – 2007. – № 2. – С. 16-24.
7. Михальчук М. А. Детоксикационная терапия при острых тяжелых отравлениях / М.А. Михальчук, В.Д. Великова, М.Л. Калмансон // Эфферентная терапия. – 2003. – Том 9. - №2. – С. 75-79.
8. Москвичев В. Г. Диагностика и лечение неотложных состояний, связанных с употреблением алкоголя, в клинике внутренних болезней / В.Г. Москвичев // Наркология. – 2007. - №9. – С.35-41.
9. Москвичев В. Г. Лечение алкогольного делирия в стационаре / В.Г. Москвичев, Р.Ю. Волохова, М.А. Зиновьева // Лечащий врач. – 2005. - №6. – С. 32-39.
10. Организация медицинской помощи при неотложных состояниях, связанных с употреблением алкоголя / И.В. Духанина, В.Г. Москвичев, А.Л. Верткин и др. // Врач. – 2006. - №3. – С. 41-43.

Рецензенты:

Шакирова Д.Х. д.фарм.н., профессор кафедры управления и экономики фармации ГБОУ ВПО «КазГМУ МЗ России», г. Казань.

Камаева С.С. д.фарм.н., доцент кафедры фармацевтической технологии ГБОУ ВПО «КазГМУ МЗ России», г. Казань.