

УДК 658.628:616-006-052(470.341)

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

¹С.В. Кононова, ²М.В. Лебедева

¹Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

²Нижегородский медицинский базовый колледж, г. Нижний Новгород

ANALYSIS OF PHARMACEUTICAL SUPPORT OF ONCOLOGICAL PATIENTS WITH NARCOTIC ANALGESICS IN THE OUTPATIENT SETTING IN NIZHNI NOVGOROD

¹S.V. Kononova, ²M.V. Lebedeva

¹Nizhni Novgorod State Medical Academy

²Nizhni Novgorod Medical Base College

E-mail: lemarvic@rambler.ru

В статье проведен анализ лекарственного обеспечения наркотическими анальгетиками онкологических больных с целью купирования хронического болевого синдрома в терминальной стадии заболевания на амбулаторном этапе лечения в Нижегородской области за 2011-2013 гг. Основными препаратами, применяемыми у этой группы больных, являлись инъекционные формы морфина гидрохлорида и промедола. Отмечен дефицит сильных опиоидных анальгетиков в неинвазивных формах. Обеспеченность инкурабельных онкологических больных наркотическими анальгетиками за анализируемый период в среднем составила 6,33%.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, наркотические анальгетики, онкологические больные.

В России 433 тысячи онкологических больных нуждаются в обезболивающей терапии, из которых 49% – в сильных опиоидных анальгетиках, 39% – в слабых и 16% – в ненаркотических анальгетиках [1]. Ведущее место в купировании ХБС у больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) на 3 и 4 стадии продолжают традиционно занимать наркотические анальгетики (НА), которые назначаются в соответ-

The article presents the analysis of pharmaceutical support of oncological patients with narcotic analgesics for reversal of chronic pain syndrome at the terminal stage, at the outpatient treatment in Nizhni Novgorod oblast for 2011-2013. Injection forms of morphine hydrochloride and promedol were the principal drugs which are applied by this patient group. We have noted the deficit of strong opioid analgesics in non-invasive forms. The support of incurable oncological patients with narcotic analgesics for the analyzed period averagely amounted to 6.33%.

Keywords: pharmaceutical support, narcotic analgesics, oncologic patients.

ствии с Руководством ВОЗ «Обезболивание при раке» (1996 г.). Руководство предусматривает реализацию пяти основных принципов обезболивания: неинвазивное введение препаратов, прием анальгетиков не по «требованию», а «по часам», применение анальгетиков «по восходящей»; индивидуальный выбор анальгетика и его дозы, наблюдение за реакцией пациента на лечение с целью обеспечения мак-

симального обезболивающего действия при минимуме побочного влияния [1, 2]. Соблюдение этих правил позволяет обеспечить эффективную терапию боли у 70–90% больных [1, 5].

В странах Европейского Союза для терапии ХБС производится 59 неинвазивных форм опиоидных анальгетиков (без учета комбинированных препаратов). В нашей стране для терапии сильной боли в амбулаторных условиях на сегодняшний день используются только два НА в неинвазивных формах: морфина сульфат в форме таблеток пролонгированного действия, покрытых оболочкой (МСТ - Континус) и ТТС фентанила [1].

Проблемам лекарственного обеспечения онкологических больных НА в России посвящены исследования ученых Г.Р. Абузаровой, М.В. Пчелинцева, А.В. Палехова, Н.А. Осиповой, Г.А. Новикова и др. В работах этих авторов констатируется факт недостаточного использования НА больными для купирования сильной боли, необоснованного использования с этой целью промедола, использования в большом объеме препаратов в виде инъекционных растворов, использования для купирования сильной боли трамадола, отсутствия бупренорфина для сублингвального и трансдермального введения и др. По данным исследований в 47 субъектах РФ не используются в медицинской практике неинвазивные пролонгированные формы морфина. В 19 регионах не применяются ТТС, использование которых имеет явное фармакотерапевтическое преимущество.

Согласно данным доклада международного комитета по контролю над наркотиками «Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских целей» (ООН, 2010г.), Россия по среднему медицинскому потреблению наркотических средств занимает 38 место в Европе (2009г.) и 82 место в мире [1]. Этот факт подтверждается материалами заседания Общественной палаты (2014 г.), на котором специалисты отметили, что показатели потребления опиоидов в медицине в нашей стране в 200 раз ниже, чем в Герма-

нии, в 130 раз, чем в Великобритании и в 100, чем во Франции [4].

Целью исследования было изучение номенклатуры НА, назначаемых для терапии ХБС у инкурабельных онкологических больных при амбулаторном лечении и степени удовлетворения потребности в НА в НО в 2011 - 2013 гг.

На основании данных фармацевтических организаций о потреблении НА за рассмотренный период времени в НО был определен ряд фармакоэпидемиологических показателей потребления НА онкологическими больными: процент обеспечения каждым НА, доля неинвазивных лекарственных форм, теоретическая потребность НА, необходимых для терапии ХБС одного больного в течение одного месяца, расчетное число больных, получающих НА в течение месяца и года, доля больных, получавших НА.

Для анализа использованы официальные статистические данные Министерства здравоохранения НО о смертности от ЗНО в 2011-2013 гг.

Исследование проводилось с использованием фармакоэпидемиологического, сравнительного, аналитической группировки данных, документального, дивергенции, ретроспективного, маркетингового, статистического (классического) методов анализа.

Обработка информации, результатов исследования проводилась с использованием современных компьютерных программ.

Номенклатура НА, применяемых онкологическими больными в амбулаторных условиях с целью купирования ХБС в НО, была представлена 4 наименованиями: морфина гидрохлорид и омнопон в виде инъекционного раствора, тримеперидин (промедол) в виде инъекционного раствора и таблеток, фентанил в виде трансдермальной терапевтической системы (ТТС).

В исследуемый период в среднем 41% от числа всех потребляемых НА составил инъекционный раствор морфина гидрохлорида, 12% – омнопона. Следует отметить тот факт, что промедол, используемый в области в достаточно большом количестве (43,7%), не рекомендуется специалистами

использовать длительно с целью купирования ХБС [2]. Положительным моментом, по нашему мнению, является наметившаяся в 2013 году тенденция понижения уровня потребления его, в частности, полностью отказались от использования таблеток промедола.

Неинвазивные НА, которые являются препаратами выбора в терапии ХБС онкологического генеза, в НО были представлены таблетками тримеперидина (промедола) (2011 и 2012 гг.) и ТТС фентанила – Дюрогезик Матрикс – в различных дозировках, в 2013 году – только ТТС фентанила.

Анализ соотношения лекарственных форм НА в зависимости от способа их введения позволяет сделать вывод, что в подавляющем большинстве случаев больным назначались НА в инвазивных формах: в среднем за исследуемый период инвазивные лекарственные формы использовались в 97,1% случаев, а процент неинвазивных составил 2,9%.

Для определения уровня обеспеченности больных НА нами были проведены соответствующие расчеты в несколько этапов по предлагаемому алгоритму.

На первом этапе нами была рассчитана потребность в НА на 1 больного на 1 месяц (30 дней) терапии:

- потребность ТТС фентанила на 1 больного на 30 дней терапии боли исчисляется 2 упаковками (действие одного пластыря 3 суток, значит, на 30 суток необходимо 10 пластырей, что составляет 2 упаковки, т.к. в одной упаковке 5 пластырей) [1];

- потребность морфина гидрохлорида, используемого в виде раствора для инъекций (1% - 1мл № 10), и омнопона в виде раствора для инъекций (2 % - 1мл № 5) исчисляется соответственно 18 и 36 упаковками, если брать продолжительность действия одной инъекции в среднем 4 часа (3-5 ч.) [3];

- потребность инъекционного раствора промедола (2% - 1 мл №5) составляет 48

упаковок, а таблеток (по 25 мг. №10) – 24 упаковки с учетом продолжительности действия в среднем 3 часа (2-4 ч.) [3].

На втором этапе работы определено расчетное число больных ЗНО, получавших НА в амбулаторных условиях в течение одного года. Расчеты нами проведены по предлагаемому алгоритму для каждого НА, по каждому году отдельно (пример для ТТС фентанила в 2011 г.):

1. в течение года было потреблено 232 упаковки ТТС фентанила, значит, в месяц в среднем потребление составило 19,33 упаковки;

2. учитывая то, что для терапии ХБС одного больного на 1 месяц (30 дней) необходимо 2 упаковки ТТС фентанила, то потребленного количества было достаточно для $9,67$ человек ($19,33/2=9,67$);

3. в течение года выделенным количеством упаковок ТТС фентанила смогли воспользоваться в достаточном количестве 116 человек.

Расчетное число больных, получавших фентанил (ТТС, Дюрогезик Матрикс), в среднем за анализируемый период составило 87 человек, морфин (р-р д/ин. 1% – 1 мл №10) – 149 чел.; омнопон (р-р д/ин. 2% – 1 мл №5) – 21 чел., промедол (р-р д/ин. 2% – 1 мл №5) – 59 чел.

Данные расчетов свидетельствуют о понижении числа больных ЗНО, получающих НА, при практически неизменяющемся их количестве.

Следующим этапом расчетов было определение числа больных, нуждающихся в обезболивании НА 3 ступени «лестницы обезболивания» ВОЗ.

Для расчета числа больных, нуждающихся в назначении сильных НА (по рекомендации ВОЗ – 80% больных, умерших от ЗНО за предшествующий год), нами использован показатель смертности. В исследуемый период времени НА были обеспечены в среднем 6,33% нуждающихся в них инкурабельных онкологических больных.

Выводы

Анализ номенклатуры НА, используемых с целью купирования ХБС у инкурабельных больных ЗНО, показал, что в период 2011-2013 гг. применялись: морфин и омнопон в виде инъекционного раствора, промедол в виде инъекционного раствора и таблеток, фентанил в виде ТТС.

Одним из основных препаратов для обезболивания больных ЗНО являлся промедол (43,7% от всего объема использованных опиоидных анальгетиков в 2011-2013 гг.), что не соответствует требованиям рациональной фармакотерапии ХБС.

В 97,1% случаев использовались инвазивные лекарственные формы НА, и лишь в 2,9% случаев – неинвазивные, что противоречит одному из основных принципов ВОЗ купирования хронической боли у инкурабельных онкологических больных.

5-7 онкологических пациентов из 100, страдающих от сильной хронической боли, имели возможность получить необходимый препарат для купирования боли.

Библиографический список

1. Доступность наркотических анальгетиков для терапии болевого синдрома в онкологии / Г.Р. Абузарова, Г.С. Алексеева, З.Ш. Нигматуллина и др. // Российский журнал боли. – 2013. – №3. – С. 48-54.
2. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р., Петрова В.В. Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли/ ФГБУ «МНИОИ им. П.А.Герцена Минздравсоцразвития России». М., 2010. 67с.
3. Палехов А.В, Абузарова Г.Р., Осипова Н.А. Проблема организации адекватной опиоидной терапии болевых синдромов // Боль. 2009. №1(22). С. 26-29.
4. Шукиль, А.В. Проблемы потребителей льготной лекарственной помощи / Л.В. Шукиль, Л.В. Мошкова, Э.А. Коржавых // Фармация и фармакология. – 2015. – №3(10). – С.32-38.
5. Cancer pain relief. With a guide to opioid availability. – 2nd ed. – Geneva: WHO, 1996. – 70 p.

* * *

Кононова Светлана Владимировна – доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой экономики и управления фармации и фармацевтических технологий Нижегородской государственной медицинской академии. Область научных интересов: анализ лекарственного обеспечения населения, исследование фармацевтического рынка E-mail: kafedrauefft@rambler.ru

Лебедева Мария Викторовна – преподаватель фармакологии Нижегородской государственной медицинской академии. Область научных интересов: анализ лекарственного обеспечения населения, исследование фармацевтического рынка E-mail: lemarvic@rambler.ru