

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

СЕНТЯБРЬ
ОКТАБРЬ
2006

5

ТОМ
LXXXVII

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.127 — 005.4 — 036.2 — 08

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Л.Е. Зиганишина, Е.А. Ацель, Л.Н. Мухамадуллина

Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии (зав. — проф. Л.Е. Зиганишина) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Наиболее активным врачом вмешательством в настоящее время является медикаментозная терапия. 8,3% больных получают от 2 до 4 лекарственных препаратов, а 1,2% — более 5. Частота полипрагматии увеличивается с возрастом пациентов: 2/3 больных старше 70 лет применяют одновременно более одного лекарственного средства. При проведении фармакотерапии отмечены и половые различия: лекарственная нагрузка у женщин на 50% выше, чем у мужчин [2, 10].

В рандомизированных клинических испытаниях применение лекарственных средств обычно расценивается по определенному показанию, исключается влияние сопутствующих заболеваний и прием других лекарственных средств, в них, как правило, не участвуют пожилые пациенты. Из-за небольшого размера выборки даже в исследованиях III фазы, охватывающих тысячи пациентов, нельзя в полной мере оценить профиль безопасности лекарственных средств (редкие, необычные, отсроченные во времени неблагоприятные лекарственные реакции). Кроме того, ограниченный период наблюдения не позволяет изучить отдаленные экономические и социальные последствия применения лекарственных средств [8]. Получить недостающие сведения помогает проведение фармакоэпидемиологических исследований.

Сердечно-сосудистые заболевания на протяжении последних 10 лет остаются ведущей причиной смертности в большинстве развитых стран (до 40% среди всех случаев смерти) [5]. Российская Федерация отличается от остального мира — от сердечно-сосудистых заболеваний здесь умирают 56% пациентов. Если в 2003 г. в РФ умерли 1320000 человек, то от сердечно-сосудистых заболеваний — свыше 700 тысяч [1].

В материалах лекарственных программ ВОЗ отмечается, что рациональный выбор медикаментов определяется прежде всего их доступностью и правильным использованием [11]. В настоящее время в России в обращении находится приблизительно 17 тысяч лекарственных средств. Значительную часть из этого огромного числа медикаментов составляют традиционные средства с неподтвержденной эффективностью, необоснованные их комбинации, а также новейшие препараты, в отношении которых еще не накоплено достаточного клинического опыта. Безвредность ряда препаратов вызывает сомнения, многие из них имеют десятки терапевтических аналогов, а некоторые — сотни фармацевтических копий [4]. Картина реальной клинической практики лечения сердечно-сосудистыми препаратами базируется не только на анализе использования патентованных препаратов, но и в значительной мере определя-

ется применением генерических препаратов, которые по эффективности могут существенно отличаться от патентованных и между собой. Хорошо известно, что при их регистрации оцениваются в основном фармакокинетические параметры, прежде всего биоэквивалентность. Поэтому при проведении фармакоэпидемиологического исследования представляется принципиально важным изучать частоту применения препаратов, ориентируясь не только на международные, но и на торговые названия.

Рыночная экономика, концентрируясь во многом на активизации потребительских возможностей конечных пользователей (больных), преобразовала и отношение последних к лекарственным средствам [9]. В амбулаторных условиях пациенты часто самостоятельно определяют стратегию и тактику своего лечения, выбирая или заменяя препараты без предварительной консультации с врачом, что особенно актуально для сердечно-сосудистых средств. Хотя большинство из них относится к рецептурным, в российских аптеках они свободно приобретаются без рецептов. В связи с этим пациенты вмешиваются в процесс своего лечения, следуя стереотипам, характерным для определенной группы населения, к которой они принадлежат. Для оптимизации фармакотерапии больных с кардиологической патологией необходимы знания о сложившейся модели применения сердечно-сосудистых средств населением [7].

В России имеет место недостаток фармакоэпидемиологических данных, отражающих реальную ситуацию с лечением ишемической болезни сердца, дающих возможность оценить соблюдение рекомендаций научных обществ врачами в повседневной практике.

С марта по май 2001 г. под руководством рабочей группы Европейского общества кардиологов было проведено международное исследование АТР-Survey (Angina Treatment Pattern), в России — под эгидой Всероссийского научного общества кардиологов в 17 регионах РФ. Татарстан в данное исследование включен не был. Целью исследования являлась оценка общего состояния современной клинической практики в условиях амбулаторного наблюдения за больными со стенокардией. Было выявлено, что ИБС часто диагностируют без использования важных методов диагностики. При обследовании больного со стабильной стенокардией в качестве обязательно-

го метода диагностики 82% врачей указывают на необходимость различных нагрузочных проб. Вместе с тем реальная клиническая практика показывает, что ЭКГ при физической нагрузке регистрируется у 40% пациентов. В 15% случаев диагноз стенокардии выставляется только на основании жалоб пациента. Ангиография коронарных артерий не проводится у 90% больных. Липидный профиль определяется только у $\frac{3}{4}$ больных, при этом в основном лишь общий холестерин.

Сравнение частоты использования основных групп препаратов у пациентов в разных странах не выявило значимых различий, за исключением липидкорректирующей терапии, которая в России назначается неоправданно редко. Однако при детальном изучении структуры назначаемой терапии в нашей стране оказалось, что из каждой группы препаратов чаще предписывают лекарства старых поколений, а не современные, наиболее эффективные и безопасные средства. Сравнительный анализ полученных данных показал, что почти 1,5% пациентов со стабильной стенокардией не получают никакого лечения, а 22% — только монотерапию. Согласно данным изучения симптоматики у пациентов со стабильной стенокардией, у 63% больных сохраняется более 5 приступов в неделю, что свидетельствует о низкой эффективности проводимой медикаментозной терапии. У многих врачей нет современного представления о базовых принципах лечения больных со стабильной стенокардией, только 44% врачей знают целевой уровень холестерина ЛПНП [3, 6]. Региональные фармакоэпидемиологические данные о лечении ишемической болезни сердца в Республике Татарстан вообще отсутствуют. Следовательно, необходимо проведение комплексных ретроспективно-перспективных исследований в масштабах РФ и Татарстана в частности, посвященных изучению данной проблемы и четкой стратегии рационализации терапии на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н./Материалы ежегодного общероссийского съезда. — 2004. — С. 2—6.
2. Зырянов С.К./Фарматека. — 2003. — № 3. — С. 13—17.
3. Карпов Р.С. Стабильная стенокардия. Современный взгляд на ситуацию в России. Consilium medicum. — Октябрь 2003, экстравыпуск. С. 2—4.
4. Мешковский А.П./Фарматека. — 2002. — № 11. — С. 80—85.

5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.// Кардиология. — 2000. — № 6. — С. 4–8.
6. Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Карпов Р.С.// Кардиология. — 2004. — № 10. — С. 95–101.
7. Петров В.И., Решетько О.В.//Клин. фармакол. и тер. — 2004. — № 13. — С. 72–77.
8. Страчунский Л.С., Козлов С.Н., Рачина С.А.// Клин. фармакол. и тер. — 2001. — № 4. — С. 35–40.
9. Фельдман О., Фридман А.//Эконом. вестн. фармац. — 1999. — № 8. — С. 69–93.
10. Bjerrum L., Sogaard J., Hallas J., Kragstrup J.// Eur. J. Clin. Pharmacol. — 1998. — Vol. 54(Suppl. 3). — P. 192–202.
11. Health Technology and Pharmaceuticals: 2000–2003 Strategy. WHO, Geneva, 2001. — P. 28.

Поступила 16.08.06.

PHARMACOEPIDEMIOLOGY OF ISCHEMIC HEART DISEASE

L.E. Ziganshina, E.A. Acel', L.N. Mukhamadullina

S u m m a r y

Ischemic heart disease represents the major cause of death in the community. Treatment modalities have been thoroughly developed ensuring reduction in cardiovascular risks. However pharmacoepidemiology studies prove that physicians and patients themselves poorly follow evidence-based recommendations. Patterns, reasons and consequences are being addressed.

УДК 616.62 — 006.6 — 089.87 — 031 : 611.34 — 06 : 616 — 089.86 — 007.272 — 089.8 — 036.122 — 085

ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНТЕРОЦИСТОПЛАСТИКИ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, Э.Н. Ситдыков, Э.А. Зубков

Кафедра урологии (зав. — проф. М.Э. Ситдыкова) Казанского
медицинского государственного университета

В настоящее время цистэктомия с формированием ортотопического мочевого пузыря из сегментов желудочно-кишечного тракта считается, по мнению большинства клиницистов, наиболее рациональным методом реабилитационной терапии пациентов с инвазивным раком мочевого пузыря [1–4, 6–8]. Основой реабилитации больных после цистэктомии являются восстановление физиологического мочеиспускания, нормализация функциональной деятельности почек и верхних мочевыводящих путей, обеспечение гомеостаза и профилактика отдаленных осложнений энтероцистопластики и своевременное их лечение. Среди отдаленных осложнений наиболее часты, согласно данным литературы, атаки острого пиелонефрита, усугубление хронической почечной недостаточности, мочекаменная болезнь с преимущественной локализацией конкремента в ортотопическом мочевом пузыре, пузырно-уретеральные рефлюксы, стриктуры мочеточниково-кишечных и кишечно-уретральных анастомозов, хроническая диарея.

Целью наших клинических исследований были выявление причин отдаленных осложнений и разработка методов их профилактики и адекватного лечения.

Нами проанализированы клинические наблюдения 198 пациентов, перенесших цистэктомию с одно- и многоэтапным фор-

мированием ортотопического кишечного мочевого пузыря. Во всех случаях кишечный трансплантат, используемый для формирования тубулярного ортотопического мочевого пузыря, не превышал в длину 25 см. Отдаленные результаты в сроки от одного года до 20 лет изучены у 110 больных, средний возраст которых составлял 64,5 года. Артифициальный кишечный мочевой пузырь, способный обеспечить уретральное мочеиспускание, был сформирован из изолированного сегмента сигмовидной кишки у 47 больных, в том числе у 7 с глухим швом ортотопического мочевого пузыря. Илеоцистопластика была выполнена 63 пациентам как менее травматическое хирургическое вмешательство, в том числе 6 с первичным глухим швом. Сигмоцистопластика производилась одновременно с расположением кишечного трансплантата в малом тазу изоперистальтически либо антиперистальтически, реже подковообразно. При использовании изолированного сегмента подвздошной кишки у 42 больных применялась одномоментно У-образная энтероцистопластика, ортотопический мочевой пузырь был сформирован в два этапа у 11 пациентов. У больных этих двух групп кишечный трансплантат был расположен внебрюшинно. Внутривнутрибрюшинно артифициальный подвздошно-кишечный мочевой пузырь, способный опорожняться через