

УДК 616-089.168.1-089.5.001.37

О.А. Федущак, А.Б. Зіменковський, А.Л. Федущак

ДО ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Кафедра клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації,
м. Львів, Україна

e-mail: fedushchako@gmail.com

Резюме: Проведені ретроспективний дослідження медичної документації хворих, оперованих з приводу гострого апендициту у періоді 1990–2010 рр., а також аналіз інформаційних потоків засвідчили, що раціональне й ефективне післяопераційне знеболення засобами фармакотерапії залишаються актуальною проблемою сучасної наукової та практичної медицини та фармації. Засвідчено, що історичне лікознавство є інформаційною та методологічною базою клініко-фармацевтичних, клініко-фармакологічних та медико-історичних досліджень, основою розробки фармакотерапевтичних стандартів медичної допомоги, а впровадження сучасних клінічних протоколів є вагомим фактором підвищення якості медичної допомоги хворим хірургічного профілю, клінічно й економічно обґрунтованої та безпечної фармакоанальгезії. Цьому сприятиме підвищення фахового рівня лікарів з питань раціональної фармакотерапії, а також участь в організації та здійсненні лікувального процесу фахівців із клінічної фармації – клінічних провізорів.

Ключові слова: лікознавство, ліки, післяопераційна фармакоанальгезія, анальгетики, гострий апендицит, медична документація, медичні стандарти, клінічний провізор.

Вступ. Біль (Б) є не лише основним і, чи не найчастішим проявом і вагомим носієм інформації про хворобу, але й етіопатогенетичним фактором багатьох ускладнень. Зокрема, це стосується оперативних втручань, які за своєю специфікою передбачають зумисну альтерацію тканин і, як наслідок, – ятрогенний больовий синдром. Тож, боротьба із цим небажаним феноменом була і залишається не лише медичною, але й соціальною проблемою.

Незважаючи на успіхи у вивченні проблеми Б, недостатня ефективність знеболюючої терапії залишається однією із актуальних проблем сучасної медицини^{3,8}. Неадекватна післяопераційна (ПО) фармакоанальгезія (ФА) має місце у 40–70% оперованих хворих^{1,3,8,9}; зазвичай існуючі методи профілактики післяопераційного Б не відповідають, ні запитам пацієнтів, ні сучасним вимогам до реабілітаційного періоду після хірургічних втручань та стандартам якості медичної допомоги (ЯМД)^{5,8,9,10}. Очевидно, що це пов'язане як із відсутністю «ідеального» анальгетика чи методики післяопераційного знеболення, так і адекватної оцінки якості протоколів надання медичної допомоги у частині ФА із врахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів, а також чітких алгоритмів проце-

дури знеболення та моніторингу побічних реакцій (ПР) лікарських засобів (ЛЗ)⁶.

Вивченню проблем Б, післяопераційному знеболенню присвячена низка клінічних та клініко-фармацевтичних досліджень останніх 2-ох десятиліть, розкриваються нові механізми операційного Б і, відповідно, триває пошук оптимальних методів та засобів знеболення. Не відповідають сьогodнішнім реаліям та вимогам випробувані століттями традиційні схеми ФА, скерованою безпосередньо на опіатні рецептори, медіатори запалення/Б. Досягнення сучасної фармакології та фармацевтичного виробництва хоч і дозволяють селективно втрутитись у механізми ноцицепції, однак опанувати Б реакцію, досягнути потрібної ефективності ПО знеболення й відсутності ПР на його засоби, поки що не вдається¹⁰.

Незважаючи на зацікавленість проблемою знеболення, про що свідчать чисельні публікації, практично відсутні дослідження щодо методів, умов та ефективності застосування знеболюючих ЛЗ у ретроспективі. Потребує глибшого аналізу еволюції ФА, соціальних та правових аспектів ПО реабілітації на етапах розвитку медичної науки та прикладної хірургії й анестезіології. Актуальність досліджень у цьому напрямку визначає, на нашу

ISSN 2070-3112

«Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація»

2011, №3–4

думку, ще й те, що у найближчому часі (2014–2015 рр.) стануть важкодоступними для досліджень великі масиви клінічної інформації – медичні карти стаціонарних хворих (МКСХ) останніх років функціонування радянської моделі медичної допомоги, на засадах і стандартах якої почала формуватися сучасна система охорони здоров'я (ОЗ) України.

Мета дослідження – дослідити, узагальнити та оцінити інформацію щодо методів та стандартів фармакотерапії (ФТ) в хірургії, на прикладі ПО ФА окреслити еволюцію клініко-фармацевтичного мислення та реальної лікувальної практики на етапах переходу від традиційного знеболення до сучасних підходів та багаторівневої ФА, зосередити увагу на окремих факторах із попереднього клінічного досвіду, які могли б сприяти поліпшенню якості та ефективності ПО реабілітації. Завданнями роботи були: ретроспективно проаналізувати стандарти ПО ФА та особливості їх застосування при стаціонарному лікуванні хворих із гострим апендицитом (ГА) у різні

періоди новітньої історії України, розробка методологічних підходів та алгоритму дослідження історичних аспектів прикладного лікознавства.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети застосовано системний та порівняльно-історичний підхід, методи ретроспективного клініко-епідеміологічного дослідження, стандартизації, порівняльний, статистичний, логічний, графічний. Статистична обробка даних здійснена із застосуванням PC IBM та комп'ютерної програми *MS EXCEL*. У дослідженнях використано архівну базу даних одного із закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) м. Львова. Об'єктом досліджень була архівна медична документація (МД) (медичні карти стаціонарних хворих (МКСХ) та листки лікарських призначень (ЛЛП)) виписаних впродовж календарних років хворих (1990, 1998, 2000, 2009, 2010 рр.). Загальна характеристика клініко-статистичного матеріалу за даними МД засвідчує однорідність статистичних вибірок за основними ознаками (табл. 1).

Таблиця 1. Загальна характеристика пацієнтів із гострим апендицитом, які увійшли в дослідження (N=907)

	1990 р.	1998 р.	2000 р.	2009/10 рр.
Всього спостережень	233	200	189	285
жінки/чоловіки	122/111	106/94	109/80	159/126
Середній вік пацієнтів (роки)	30,9	30,1	29,8	32,7
Катаральний апендицит	29 (12,4%)	23 (11,5%)	21 (11,1%)	30 (10,5%)
Флегмонозний апендицит	144 (61,8%)	123 (61,5%)	110 (58,2%)	164 (57,5%)
Гангренозний, перфоративний апендицит	60 (25,7%)	54 (27,0%)	58 (30,7%)	91 (31,9%)
у т.ч. перитоніт	61 (26,1%)	55 (27,5%)	54 (29,2%)	72 (25,3%)
Середній термін госпіталізації (дні)	8,5	10,3	9,4	10,3
Не отримували ФА	65 (27,9%)	80 (40,0%)	23 (12,2%)	4 (1,4%)

Клініко-статистичний матеріал рандомізовано за ознаками: хворі ГА (незалежно від клініко-морфологічних форм, статі, віку),

оперовані впродовж 1-ої доби госпіталізації, тривалість стаціонарного лікування яких не перевищувала 9 днів (N=561) (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл хворих із тривалістю стаціонарного лікування терміном 4-9 днів (N=561)

КСГ, підгрупа (тривалість лікування до 9 дн.)	1990 р.	1998 р.	2000 р.	2009 р.	2010 р.	Разом 2009/2010 рр.
КСГ 1. Усі пацієнти із тривалістю лікування до 9 дн.	165 70,8%	120 60%	128 67,7%	72 55,8%	76 48,7%	148 51,9%
КСГ 1.1. Не отримували ФА (контроль)	54 32,7%	46 38,3,8%	16 12,5%	–	–	–
КСГ 2. Отримували ФА	111 67,3%	74 61,72%	112 87,5%	72 100,0%	76 100,0%	148 100,0%
КСГ 2.1. Монокомпонентна ФА	90 81,1%	63 85,1%	73 65,2%	12 16,7%	14 18,4%	26 17,6%
КСГ 2.2. Полікомпонентна ФА	21 18,9%	11 14,9%	39 34,5%	60 83,3%	62 81,6%	122 82,4%

Критеріями оцінки якості та раціональності (ПО) ФА слугували показники тривалості ФА, середньої тривалості стаціонарного лікування, середніх добових та курсових доз ЛЗ, відповідності лікарських призначень Клінічним протоколам (КП), затвердженим МОЗ

України¹¹ та Інструкціям для медичного застосування ЛЗ (ІМЗ). З метою уніфікації розрахунків дозування ЛЗ, застосували умовні величини – умовні дози (у.д.), які у лікарських призначеннях відповідали об'ємам первинних упакувань ЛЗ.

Для основних клініко- та фармако-епідеміологічних досліджень відібрано МД пацієнтів із ГА, тривалість стаціонарного лікування яких не перевищувала 9 днів, із задокументованою ФА. За кількістю застосованих для знеболення ЛЗ сформовано клініко-статистичні групи (КСГ) – 1, 1.1, 2., 2.1, 2.2.) (табл. 2). Контрольну КСГ (КСГ 1.1) склали пацієнти, МД яких не містила даних про призначення знеболювальних ЛЗ (частина цих пацієнтів могла отримувати знеболення шляхом примітивної «контрольованої пацієнтом аналгезії», використовуючи власні, не обліковані у МД, ліки). До підгрупи «монокомпонентна ФА» (МФА) віднесені випадки ПО знеболення одним із ЛЗ, у підгрупі «полікомпонентна ФА» (ПФА) для знеболення застосовувались 2 і більше анальгетики (доволі часте застосування так званої «знеболюючої суміші» Анальгін + Дімедрол – віднесено до МФА).

Результати дослідження та їх обговорення. Фізичний Б як біологічне та соціальне явище – одвічна проблема людства. На кожному з цивілізаційних етапів медична практика, відтак і медична наука, зустрічались із вимогою лікувального, симптоматичного й профілактичного знеболення. Не так одужання, як знеболення, у першу чергу, вимагає пацієнт від лікаря. Саме відсутність чи мінімізація Б відчуттів є критерієм якості медичних втручань, ЯМД та якості життя на загал. Незважаючи на дуже давню історію знеболення, значний науковий поступ у розшифруванні механізмів Б та безлічі, по своєму ефективних методів та засобів аналгезії, дотепер жодні із них не спроможні повністю задовольнити ні запити лікарів-практиків, ні фармакологів та фармацевтичних працівників і, особливо, пацієнтів.

Специфікою оперативної хірургії є те, що із завершенням хірургічного втручання, фактично, закінчується (при типових, неускладнених випадках) етіопатогенетичне лікування. Подальші етапи мають ознаки симптоматичного, реабілітаційного і, у багатьох випадках, профілактичного лікування (профілактика ускладнень оперативного втручання, основного та супутніх захворювань). Можливо, що саме цими моментами зумовлене ставлення хірургів-практиків до боротьби із Б, як до чогось вторинного чи другорядного. Свідченням цьому може бути й те, що навіть у донедавна діючих стандартах медичної допомоги при ГА, як і інших хірургічних хворобах¹⁵, серед лікувальних заходів ПО ФА не згадується. Тож і фахова монографічна література 2-ої половини ХХ ст., присвячена про-

блемам Б та знеболювання в хірургії, незважаючи на красномовні заголовки^{4,9}, не містить інформації щодо принципів, методик та засобів усунення ПО Б синдрому. Тож, не дивно, що за даними опрацьованої нами МД 90-их рр., близько 1/3 прооперованих хворих (КСГ 1.1) не отримували післяопераційного знеболення, інші, отримували ФА, яка визначалася не стільки клініко-фармакологічними обґрунтуваннями, як певними умовами та обставинами відповідних періодів.

Давньою традицією, неписаним стандартом хірургічної практики було періопераційне застосування наркотичних анальгетиків (А). Незважаючи на те, що поряд із високою анальгетичною активністю, опіоїди мають низку клінічних та соціальних недоліків, характеризуються побічними клінічними ефектами, ймовірністю формування у деяких хворих звикання й лікової залежності, наприкінці 80-их – поч. 90-их рр. офіційними й основними засобами ПО знеболення були наркотичні А (пантопон, промедол)^{3,6}. Застосовувалися також ненаркотичні А (анальгін, амідопірин, пентазоцин), рідше – баралгін, бруфен, бутадіон, індометацин, парацетамол, реопірин, хлотазол, неінгаляційні наркотики (морфін, омнопон, естоцин, барбітурати, кетамін, оксibuтират натрію, пізніше – фентеніл)⁴. Аналізуючи складний історичний період першого десятиліття державності України, що супроводжувався глибокою соціально-економічною кризою, слід враховувати вкрай незадовільні фінансові можливості бюджетних ЗОЗ та населення. Саме цим пояснюється відсутність задокументованої ФА у багатьох (32,7–38,3%) із досліджених ЛЛП у 1990 та 1998 рр. При цьому не виключаємо, що знеболення могло здійснюватися черговим медперсоналом «на вимогу хворого» «при Б», ЛЗ самих пацієнтів. Якщо тривалість ФА частково характеризує ефективність та якість знеболення і може вважатися одним із критеріїв ЯМД, то дозування ЛЗ не лише визначає безпечність, адекватність та відповідність лікарських призначень діючим стандартам лікування та вимогам ІМЗ, але й економічну складову раціональної ФТ.

Результати проведеного аналізу застосування знеболюючих ЛЗ засвідчують радикальні зміни алгоритмів ФА всередині 90-их рр. та на межі століть (рис. 1). Зокрема, вже до 1998 р. фактично припинилося знеболення наркотичними ЛЗ, впроваджено знеболення засобами диклофенаку, переважно у комбінації із Анальгіном. Асортимент ЛЗ ПО ФА зріс із 3 до 7. Впродовж наступного десятиліття переважаюча до того практика зне-

болення одним із А (65–87% випадків) змінилася багатокомпонентним знеболенням (понад 80% випадків) із переважним комбінуванням похідних диклофенаку та кеторолаку, застосуванням нових ЛЗ, які з'явилися на фармацевтичному ринку України.

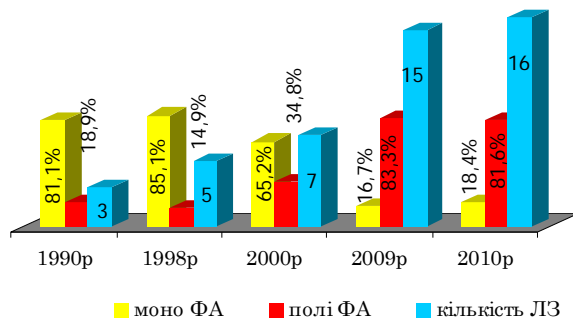


Рис. 1. Клініко-фармацевтичні підходи до ПО (1990–2010 рр.)

Результати досліджень засвідчили, що 2-га половина 90-их рр., характеризується практично повною відмовою від ФА опіатами та опіоїдами. Очевидно, така зміна багаторічних традицій, стандартів ФА була зумовлена державними заходами з боротьби з наркоманією, введенням у дію у 1995 р. Законів України (ЗУ) «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» (із 2007 р. – ЗУ «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»), «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»^{13,14} та чисельних підзаконних регуляторних актів, спрямованих на жорстку регламентацію обігу наркотиків та психотропних засобів. Це значно ускладнило умови застосування ефективних і економічно доступних А із цієї групи ЛЗ (складна і витратна процедура ліцензування, особливі умови зберігання, відпуску, обліку, різновекторний контроль). З точки зору адміністрування на рівні безпосереднього надання медичних послуг, простішим виявилось зігнорувати правом пацієнта на безболісну ПО реабілітацію. Це може бути черговим підтвердженням недооцінки значення фактора знеболення у комплексі лікування хірургічних хворих. Порівняльним аналізом нами не встановлено прямого впливу способів та тривалості ФА на тривалість ПО лікування, тобто на ЯМД, оцінювану за цим критерієм (рис. 2).

Отримані нами дані засвідчують, що ПФА у часовій структурі післяопераційного лікування у різні періоди складала 41,3–60% терміну стаціонарного лікування. Не виявлено

суттєвої відмінності тривалості лікування у контрольній групі, де ПФА не застосовувалася. Встановлено, що середні терміни ПФА мали тенденцію до збільшення, і у 2010 р. на 46,7% перевищували аналогічний показник 1990 р. Дещо коротшими (на 0,2–0,4 дні) були термін стаціонарного лікування при застосуванні багатокомпонентної ПФА, однак, середні терміни знеболення у цій КСГ виявились на 0,7–1,0 дні тривалішим, ніж у КСГ 2.1.

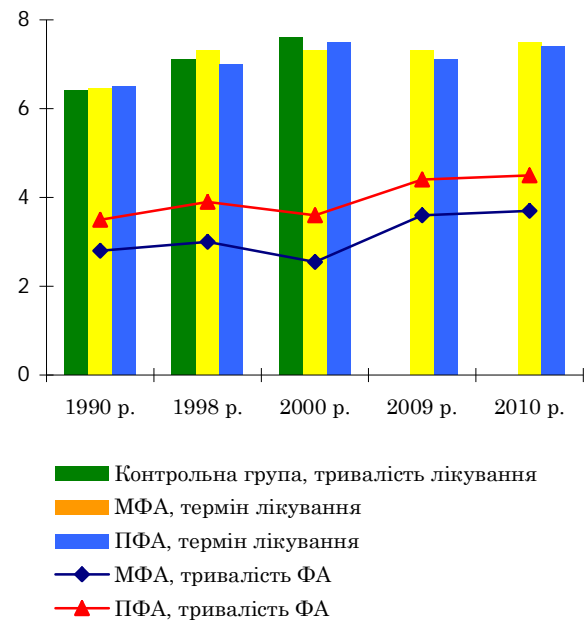


Рис. 2. Залежність термінів стаціонарного лікування від післяопераційної ФА

Аналіз відповідності клініко-фармацевтичних підходів до ПФА минулих періодів сучасним стандартам¹¹ у частині тривалості знеболення (3 дні) та застосування ЛЗ (МФА) засвідчив, що таким вимогам, у більшості випадків, відповідали лікарські призначення початку досліджуваного періоду і, частково, кінця 90-х рр. У пізніших періодах, а також при ПФА, знеболення на 20–41% перевищувало вимоги сучасного КП. На нашу думку, збільшення тривалості ФА у 1998 та 2000 рр., при ПФА, пояснюється, зокрема, появою на фармацевтичному ринку України та в арсеналі хірургів похідних диклофенаку, що, після дефіциту ефективних замінників наркотичних А у попередні роки, призвело до нерационального і неконтрольованого їх призначення. Не можна відкидати при цьому й активну, і навіть агресивну, маркетингову політику виробників та дистриб'юторів ЛЗ.

Суттєвим з точки зору безпечності, ефективності, раціональності застосування ЛЗ, а також у оцінці якості ФТ, є дозування ліків та відповідність разових, добових та курсових

доз стандартам їх застосування, регламентованих ІМЗ. Результати наших досліджень засвідчують значну еволюцію впродовж останніх 20-ти років не лише щодо застосування тих чи інших знеболюючих ЛЗ при ГА,

але й підходів до їх поєднання, кратності введення, тривалості знеболення, що, очевидно, мало на меті поліпшення останнього. Це, безперечно, не могло не позначитися на досліджуваних показниках ПФА (рис. 3).

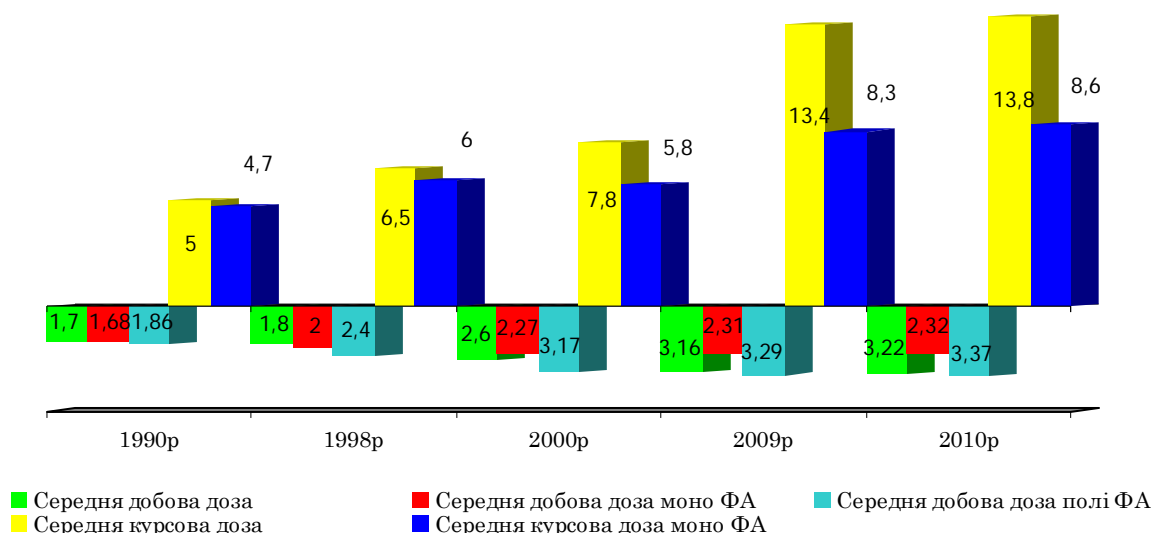


Рис. 3. Середні добові та курсові дози застосованих ЛЗ

На початку досліджуваного періоду арсенал ФА при ГА обмежувався, фактично, двома ЛЗ із ФТ групи «А» (код АТС: N02A B04 та N02B B02 (A03D A02)), вже через 10 років перелік застосовуваних ЛЗ зріс до 7-и найменувань із 3-ох ФТ груп, а ще через десятиліття – до 16-ти ЛЗ, що входять до 5-ти ФТ груп (рис.1.).

Змінилися й підходи до призначення знеболюючої ФТ ПО періоду: замість домінуючої однокомпонентної ФА (81,1% спостережень), у 2009–2010 рр. домінуючою альтернативою стало комбіноване знеболення (82,4%) 2-ма нестероїдними протизапальними ЛЗ (НПЗЛ), похідними диклофенаку (M01AB05) та кеторолаку (M01AB15).

Результати аналізу МД засвідчили зростаюче збільшення кратності знеболення, середньодобових та курсових доз А у досліджуваних групах пацієнтів. Зокрема, із 1990 по 2010 рр. середньодобові дози призначуваних анальгетиків збільшилися в 1,9, а курсові – у 2,7 рази. У тому числі, це стосується щораз поширенішої практики призначень 2-х і більше А: середня кратність введення, починаючи із 2000 р., вже перевищувала 3-х разове знеболення впродовж доби, що не відповідало як практиці попередніх періодів, так і сучасним стандартам¹¹ ведення ПО періоду при ГА.

Запровадженими у 2010 р. КП при ГА регламентоване ПО знеболення впродовж 3-ох днів, із застосуванням одного із НПЗЛ 3-чі на добу. При цьому, як більш ефективні, визна-

чені похідні кетопрофену (M01AE)¹¹. За результатами наших досліджень у 2010 р. знеболення ЛЗ із цієї ФТ групи отримували лише 1 пацієнт у вигляді МФА та 2 – при ПФА (в аналізованому ЗОЗ).

Наступним етапом наших досліджень було вивчення врахування лікарями вимог офіційної нормативної документації щодо призначуваних ЛЗ. Отримані дані свідчать, що на початку 90-их рр. практика ПО знеболення при ГА полягала у МФА метамізолом та опіоїдами із середнім терміном знеболення до 3-х днів.

Наприкінці ж досліджуваного періоду (2009–2010 рр.) близько 80% випадків ПО знеболення забезпечувалося поєднанням декількох ЛЗ (зазвичай 2-х: похідних диклофенаку та кеторолаку). При цьому, середньодобові дози кожного із призначуваних ЛЗ, як правило, не перевищували встановленого граничного дозування, однак, сумарна добова, а відтак і курсова доза НПЗЛ були завищеними, у т.ч., й за рахунок здовженого періоду ФА.

З метою оцінки якості ФА при ГА проведено порівняльний аналіз дотримання вимог ІМЗ у лікарських призначеннях А у ПО періоді. У табл. 3 подана основна інформація (витяги із ІМЗ) про найчастіше призначувані, за нашими даними, ЛЗ у частині «хірургічних» показань, протипоказань, дозування, лікових взаємодій, а також узагальнені дані МД за 2010 р. (табл. 3).

Таблиця 3. Основні характеристики А*, застосовуваних у ПО періоді в контексті фармацевтичної опіки (2010 р.)

ЛЗ, код АТС та показання для застосування в хірургії	Протипоказання (в хірургії), лікова взаємодія	Дози та тривалість застосування	
		рекомендовані ІМЗ	У ЛЛП**
N02BB02 (A03DA02) Метамізол: Б при травмах, опіках, у ПО період	З іншими ненаркотичними А – підвищення токсичності метамізолу. Несумісний (в одному шприці) з будь-якими ЛЗ.	Не >1 г разово або 2 г за добу (2 дози). Тривалість застос. – до 3 діб.	Добова доза – 1,75 у.д. Тривалість застос. – 1,7 дн. Курсова доза – 3,0 у.д.
M01AB05, M01AB55 Диклофенак: Б та набряки після травм і операцій; лікування або профілактика ПО Б.	Одноразове застосування з іншими НПЗЗ або глюкокортикостероїдами – ризик ПР. Можливі абсцеси, некрози жирової тканини.	Макс. добова доза – 150 мг (2 дози). Курс ФТ – до 2 дн. (4–5 дн.)	Добова доза – 1,9 у.д. Тривалість застос. – 4,3 дн. Курсова доза – 8,2 у.д.
M01AB15 Кеторолак: Для нетривалого знеболювання при помірного та сильного ПО Б.	Підвищує гастротоксичність НПЗЗ і глюкокортикоїдів; з пен-токсифіліном, антикоагулянтами і декстранами – ризик кровотечі; з і-АПФ – ризик порушень функції нирок (у хворих із гіповолемією), потенціювання дії антидепресантів, антигістамін-них ЛЗ	10–30 мг кожні 4–6 год. Макс. добова доза 90 мг (3 дози). Тривалість застос. – 2 дні із наступним пероральним застосуванням (до 5 дн.)	Добова доза – 2,1 у.д. Тривалість застос. – 3,25 дн. Курсова доза – 6,8 у.д.
M01AC06 Мелоксикам: показаний для симптоматичного лікування ревматоїдного артрити; Б при остеоартритах	«Взаємодія із НПЗЗ: ризики виразкоутворення та ШКК***, у зневоднених хворих – ниркової недостатності. Протипоказання: розлади з кровотечами; активна пептична виразка; важка печінкова та ниркова недостатність	7,5 або 15 мг за добу лише протягом перших декількох днів лікування	Добова доза – 1,55 у.д. Тривалість застос. – 4,1 дн. Курсова доза – 6,35 у.д.
M01AE03, M01AE17 Кетопрофен: Больовий синдром: посттравматичні Б; ПОБ.	Не приймати одночасно з іншим НПЗЗ, саліцилатами; з гіпотензивними ЛЗ і діуретиками можливе зменшення сечогінної дії, ризик нефротоксичності. Протипоказання: ерозивно-виразкові ураження шлунково-кишкового тракту, схильність до кровотеч; важкі порушення функції печінки і нирок.	30 мг 2–3 рази за добу. Макс. добова доза 90 мг (3 дози). Тривалість застос. – до 5 дн.	Добова доза – 2,0 у.д. Тривалість застосування – 4,0 Курсова доза – 8,0 у.д.

Примітка: * зафіксовано в ІМЗ; ** дози подані в умовних одиницях (ампулах); ***шлунково-кишкові кровотечі

Наведені дані із офіційних інформаційних стандартів – ІМЗ засвідчують, що для ПО знеболення виробниками ЛЗ передбачені А на основі метамізолу, кеторолаку, кетопрофену, а також диклофенак. Однак, особливо популярне у 2009–2010 рр., за даними нашого дослідження, при ПФА, ПО знеболення із застосуванням диклоберлу, рідше олфену, а також сумісне застосування із похідними кеторолаку (кеторол, кетолонг, кетанов), не узгоджуються як із стандартами застосування ЛЗ, так і стандартами ПО знеболення при ГА.

Таким чином, проведені ретроспективні дослідження еволюції ФТ в Україні періоду державної незалежності лише на прикладі ПО ФА при неускладнених формах ГА засвідчують не лише суттєві зміни клініко-фармакологічного мислення і етапи розвитку прикладної хірургії та фармації, але й висвітлюють низку проблемних питань вітчизняного лікознавства та організації ОЗ на загал. До них відносимо наступні: 1) у зв'язку із завершенням нормативного терміну архіву-

вання МКСХ^{12,14} у недалекому майбутньому може зникнути, разом із первинною МД, величезний масив безцінної клінічної та клініко-фармацевтичної інформації тривалого і своєрідного радянського періоду розвитку медицини і лікознавства; 2) клінічний досвід застосування ЛЗ минулих, проте, не особливо віддалених ще від нашого часу, періодів, поряд із фундаментальними дослідженнями механізмів Б, є важливим підґрунтям у наукових пошуках ефективних засобів та методів знеболення в хірургії; 3) проблема якісного ПО знеболення, безпечної, ефективної, раціональної ФА, отже, й ЯМД в хірургії, на сучасному етапі не може вважатися вирішеною; 4) потребують розробки та уніфікації критерії ретроспективної оцінки якості ФТ, ефективності ЛЗ та застосування КП; 5) знаковим в оптимізації надання медичної допомоги хворим із ГА є впровадження КП¹¹, однак, в частині ПО ФА, на нашу думку, доцільною була б розробка уніфікованого КП ПО реабілітації пацієнтів хірургічного профілю, що дозволило б удосконалити та зроби-

ти лаконічнішими КП, якими передбачене ПО знеболення; 7) потребують перегляду організаційно-правові підходи до застосування у ПО періоді випробуваних тривалим досвідом наркотичних А та введення їх до стандартів ФА; 8) лікарі стаціонарних відділень хірургічного профілю, призначаючи ФА, не надають, на нашу думку, належного значення інформації про ліки та вимогам ІМЗ щодо їх безпечного й ефективного застосування, не завжди враховують економічну доступність як для пацієнтів, так і ЗОЗ.

Враховуючи результати аналізу проведених нами ретроспективних клініко-фармацевтичних, клініко-фармакологічних, фармако-епідеміологічних досліджень, можна стверджувати, що багато аспектів вітчизня-

ного лікознавства залишається недостатньо вивченими не лише у віддалених історичних періодах, але й сьогодишнього часу. Тож історичне й прикладне лікознавство повинно бути суттєвою інформаційною та методологічною базою як при розробці та впровадженні стандартів лікування, пошуку й застосування коректних критеріїв оцінки ЯМД, так і в дослідженнях у за напрямками клінічної фармакології, наукової та прикладної медицини/фармації, організації медичної допомоги населенню. Не менш важливою є об'єктивна й коректна інтерпретація результатів досліджень для опрацювання клінічно обґрунтованих й економічно виправданих алгоритмів та стандартів лікування на засадах безпечної та раціональної ФТ.

Висновки:

1. Історичне лікознавство є інформаційною та методологічною базою клініко-фармацевтичних, клініко-фармакологічних та медико-історичних досліджень, основою розробки та впровадження фармакотерапевтичних стандартів медичної допомоги у сучасних умовах.
2. Вітчизняна історія знеболення в хірургії періоду державної незалежності у великій мірі визначалася соціально-економічними чинниками, розвитком фармацевтичних права та ринку.
3. Впровадження сучасних клінічних протоколів є запорукою підвищення якості медичної допомоги хворим хірургічного профілю, клінічно й економічно обґрунтованої та безпечної фармакотерапії. Вважаємо актуальною розробку стандарту фармакоанальгезії у післяопераційному періоді для стаціонарних відділень різного профілю (хірургія, урологія, гінекологія, травматологія-ортопедія тощо).
4. Важливим завданням покращення якості та ефективності медичної допомоги в хірургії є підвищення фахового рівня лікарів з питань раціональної фармакотерапії, а також участь в організації та проведенні лікувального процесу фахівців із клінічної фармації – клінічних провізорів.

Література:

1. Бунятян А.А. Обезболивание / А.А. Бунятян // Большая медицинская энциклопедия. В 30-ти т. / Гл. Ред. Б.В. Петровский. – М.: Советская энциклопедия. – 1981. – Т.17. – С.97-99.
2. Вейн А.М. Боль и обезболивание / А.М. Вейн, М.Я. Авруцкий. – М.: Медицина, 1997 – 280 с.
3. Ветшев П.С. Принципы анальгезии в раннем послеоперационном периоде / П.С. Ветшев, М.С. Ветшева // Хирургия. – №12. – 2002. – С. 49-50.
4. Данусевич И.К. Фармакология для хирургов / И.К. Данусевич. – Минск: Беларусь, 1985. – 256 с.
5. Экстрем А.В. Применение препарата «Ксефокам» для профилактики послеоперационной боли / А.В. Экстрем, А.С. Попов. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medi.ru/doc/a792211.htm>
6. Кабанова Н.В. Оптимизация послеоперационного обезболивания в абдоминальной хирургии: место Акупана в послеоперационном обезболивании хирургических пациентов / Н.В. Кабанова, Л.А. Ясногор // Острые и неотложные состояния в практике врача. [Електронний ресурс]. – 2011. – №1. Режим доступу: <http://urgent.health-ua.com/article/362.html>
7. Кассиль В.Л. Наука о боли / В.Л. Кассиль. / М.: Медицина, – 1975. – 399 с.
8. Лященко О.В. Оптимізація анестезіологічного забезпечення малоінвазивних оперативних втручань: автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 14.01.30 «Анестезіологія та інтенсивна терапія» / О.В. Лященко. – Дніпропетровськ, 2009. – 23 с.
9. Овечкин А.М. Обезболивание и управляемая седация в послеоперационный период: реалии и возможности / А.М.Овечкин, Д.В. Морозов, И.П. Жарков // Вестник интенсивной терапии. – 2001. – N4. – С. 47-60.
10. Осипова Н.А. Антиноцицептивные компоненты общей анестезии и послеоперационной анальгезии / Н.А. Осипова // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – №6. – С. 71-74.
11. Островский В.Ю. Борьба с болью или человек на операционном столе / В.Ю. Островский. – М.: Знание, 1983. – 144 с.
12. Про затвердження Переліку типових документів. Наказ Головного архівного управління при Кабінеті Міністрів України №41 від 20.07.98 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0576-98&fpage=14>
13. Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія». Наказ МОЗ України №297 від

-
- 02.04.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1039.10861.0>
14. Про затвердження типових інструкцій щодо заповнення форм первинної медичної документації лікувально-профілактичних закладів. Наказ МОЗ України №258 від 03.07.2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua-info.biz/legal/baseme/ua>
15. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними. Закон України №62/95-ВР від 15.02.1995 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=62%2F95-%E2%F0>
16. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори. Закон України №60/95-ВР від 15.02.1995 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=60%2F95-%E2%F0>
17. Хірургія / О. Шалімов, А. Сморжевський, Б. Поліневич [та інші.] / Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України. У двох томах. Т.2. – Київ: «Мега МТ», 1999. – С.448-501.
-

УДК 616-089.168.1-089.5.001.37

К ВОПРОСУ СТАНДАРТИЗАЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

О.А. Федущак, А.Б. Зименковский, А.Л. Федущак

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Кафедра клинической фармации, фармакотерапии и медицинской стандартизации, г. Львов, Украина

Резюме: Результаты проведённых ретроспективных исследований медицинской документации больных, оперированных по поводу острого аппендицита в 1990–2010 гг., а также анализа информационных потоков свидетельствуют о том, что рациональное и эффективное послеоперационное обезболивание средствами фармакотерапии остаются актуальной проблемой современной научной и практической медицины и фармации. Показано, что историческое лекарствоведение является информационной и методологической базой клинико-фармацевтических, клинико-фармакологических и медико-исторических исследований, основой разработки фармакотерапевтических стандартов медицинской помощи, а внедрение современных клинических протоколов является весомым фактором повышения качества медицинской помощи больным хирургического профиля, клинически и экономически обоснованной и безопасной фармакоанальгезии. Этому должно содействовать повышение профессионального уровня врачей по вопросам рациональной фармакотерапии, а также участие в организации и реализации лечебного процесса специалистов по клинической фармации – клинических провизоров.

Ключевые слова: лекарствоведение, лекарства, послеоперационная фармакоанальгезия, анальгетики, острый аппендицит, медицинская документация, медицинские стандарты, клинический провизор.

UDC 616-089.168.1-089.5.001.37

POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT STANDARDIZATION REVISITED

O.A. Fedushchak, A.B. Zimenkovsky, A.L. Fedushchak

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Department of Clinical Pharmacy, Pharmacotherapy and Medical Standardization, Lviv, Ukraine

Summary: The findings of medical records retrospective studies of the patients operated for acute appendicitis for the period from 1990 to 2010, and information flows analysis point out that rational and effective postoperative pain management by means of pharmacotherapy is an essential issue of the contemporary scientific and practical medicine and pharmacy. It has been determined that historical remediology is informational and methodological basis for clinical-pharmaceutical, clinical-pharmacological and medical-historical researches, and the foundation for the development of pharmacotherapeutic standards of medical care. The introduction of modern clinical protocols is vital for quality improvement of medical care for surgical patients, and for clinically and economically grounded safe pharmacotherapy. The enhancement of physicians' proficiency on rational pharmacotherapy issues and the participation of professionals in clinical pharmacy – clinical pharmacists – in the treatment process organization and realization are important aspects for improving the quality of medical surgical care.

Keywords: remediology, drugs, postoperative pharmacotherapy, analgesics, acute appendicitis, medical records, medical standards, clinical pharmacist.

Надійшла до редакції 29.12.2011 р.