№1 ^{Том 3}
2015

Фармакоэкономика

теория и практика

Pharmacoeconomics
theory and practice

№1 ^{Volume 3}
2015

- ❑ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
- ❑ IX НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» – «ФАРМАКОЭКОНОМИКА – 2015»
16-17 марта 2015 г., УФА, AZIMUT ОТЕЛЬ УФА

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА МОЗГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

PHARMACOEPIDEMOLOGICAL ANALYSIS OF SECONDARY PREVENTION OF CEREBRAL INFARCTION ACCORDING TO AGE

*Решетько О.В., Михеева Н.В., Лысова Д., Лысова М.**Reshet'ko O.V., Mikheeva N.V., Lysova D., Lysova M.**ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского»**Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky*

Цель: фармакоэпидемиологический анализ лекарственных средств (ЛС), применяемых для вторичной профилактики инфаркта мозга у пациентов моложе 60 лет и больных старше 60 лет, и оценить их соответствие современным рекомендациям.

Методы: проведено открытое фармакоэпидемиологическое ретроспективное исследование, основанное на анализе историй болезней пациентов с диагнозом: «Инфаркт мозга», поступивших в неврологические отделения стационаров г. Саратова в 2009-2011 гг. Частоту применения ЛС оценивали по основным фармакологическим группам.

Результаты. В ходе исследования были проанализированы истории болезней 272 больных моложе 60 лет и 490 - старше 60 лет. Средний возраст пациентов моложе 60 лет составил $51,9 \pm 6,9$ лет, старше 60 лет – $71,1 \pm 7,4$ лет. Мужчины моложе 60 лет составили 70,6%, старше 60 лет – 46,3% ($p < 0,05$). Женщины моложе 60 лет – 29,4%, старше 60 лет – 53,7% ($p < 0,05$). По данным анамнеза в группе пациентов старше 60 лет по сравнению с больными моложе 60 лет артериальная гипертензия (90,4% и 96,5%), ишемическая болезнь сердца (41,2% и 77,9%), фибрилляция предсердий (11,0% и 10,2%), перенесенный ранее инсульт (18,8% и 26,5%), атеросклероз церебральных артерий (75,7% и 82,4%), гиперхолестеринемия (68,4% и 78,2%) встречались достоверно чаще ($p < 0,05$).

Согласно рекомендациям АНА/АША 2010, 2014 г., ЕSO 2008 г. у всех пациентов необходим контроль факторов риска (ФР). Рекомендуются снижение уровня АД и прием антитромботической терапии, а также статинов для снижения риска сосудистых событий.

Реально в 2009-2011 гг. при выписке количество ЛС, которые получал один больной моложе 60 лет, составило $5,51 \pm 1,65$ (из них с доказанной эффективностью – $3,12 \pm 1,52$), в группе старше 60 лет – $5,56 \pm 1,84$ (из них с доказанной эффективностью – $3,29 \pm 1,46$). Таким образом, статистически значимых различий в количестве назначаемых ЛС одному пациенту, в том числе препаратов с доказанной эффективностью, между сравниваемыми группами больных не выявлено ($p > 0,05$).

С целью вторичной профилактики инфаркта мозга частота рекомендаций антитромботических ЛС в исследуемых группах составила 84,3% у пациентов моложе 60 лет и 83,8% старше 60 лет ($p > 0,05$): продолжить прием антиагрегантов на амбулаторном этапе, было рекомендовано 82,4% и 81,6% ($p > 0,05$), прием пероральных антикоагулянтов у пациентов с ФП моложе 60 лет – 0,4%, старше 60 лет – также 0,4% ($p > 0,05$), антикоагулянтов совместно с антиагрегантами 1,5% и 1,8% соответственно ($p > 0,05$).

Частота назначения антигипертензивных ЛС в когорте пациентов моложе 60 лет была достоверно ниже (88,2%), чем в группе старше 60 лет (92,9%) ($p < 0,05$).

Достоверных отличий в частоте использования статинов при выписке между исследуемыми группами выявлено не было: 27,6% и 24,5% соответственно ($p > 0,05$).

Частота назначения ЛС с вазоактивными, нейропротективными и метаболическими свойствами на амбулаторном этапе в группе пациентов моложе 60 лет (94,9%) и старше 60 лет (93,7%) достоверно не отличалась ($p > 0,05$).

При выписке также использовались ЛС других фармакологических групп, которые достоверно чаще назначались пациентам старше 60 лет (62,2%) при сравнении с группой моложе 60 лет (50%) ($p < 0,05$).

В когорте пациентов моложе 60 лет достоверно чаще в выписном эпикризе рекомендовалось соблюдение диеты (21,0% против 13,3%, $p < 0,05$), регулярный контроль уровня артериального давления (68,0% против 48,2%, $p < 0,05$), проведение реабилитации (43,8% против 23,7%, $p < 0,05$).

Заключение. Клиническое состояние пациентов старше 60 лет было тяжелее, что подтверждалось как данными анамнеза, так и тем, что им достоверно чаще назначались ЛС других фармакологических групп для лечения осложнений заболевания. Выявлена достоверно более низкая частота назначения общих немедикаментозных рекомендаций пациентам с инфарктом мозга старше 60 лет по сравнению с когортой моложе 60 лет. Терапия антиагрегантами, пероральными антикоагулянтами и статинами в обеих группах проводилась недостаточно, у большинства больных (свыше 90%) применялось нерациональное назначение ЛС без доказанной эффективности (нейропротекторов), поэтому в целом проблему профилактики инфаркта мозга следует признать как нерешенную.