

ОПТИМІЗАЦІЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРО ЛІКАРСЬКІ РОСЛИННІ ЗАСОБИ ЗА ДАНИМИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

©¹І. Г. Мудрак, О. М. Заліська

¹Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме: обґрунтовано напрями інформаційного забезпечення про лікарські рослинні засоби за даними доказової медицини, підготовлено навчальні матеріали для удосконалення навчального процесу післядипломної підготовки провізорів в умовах впровадження формулярної системи в Україні.

Ключові слова: лікарські рослинні засоби, доказова медицина, бази даних, післядипломна освіта.

Вступ. В Україні реалізується Концепція розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я України (Наказ МОЗ від 18.12.2007 р. № 838), яка передбачає створення баз даних про лікарські засоби, в тому числі рослинні, опрацювання методик фармакоекономічного аналізу при впровадженні формулярної системи лікарського забезпечення.

У 80-ті роки ґрунтовно досліджувались теоретичні і практичні аспекти фармацевтичної інформатики проф. Б.Л. Парновським [5, 6], розроблялися проблемноорієнтовані бази даних (БД) про лікарські засоби [7]. О. М. Заліською було запропоновано, що при створенні вітчизняної інтегральної БД про лікарські засоби необхідним є використання інформації, яка наявна у закордонних базах даних про доведену терапевтичну ефективність та безпечність лікарських засобів [1].

Методи дослідження. У сучасних умовах розвитку фармацевтичного ринку України актуальною є розробка національної бази даних про лікарські рослинні засоби, проблемно орієнтованої на лікарів різного профілю, яка включатиме доказову інформацію про лікарські рослини. Принципово новим порівняно з класичними БД є фактор, що її основу повинні складати дані доказової медицини з поданням шкали доказів – рівень А-С.

Нами було обґрунтовано, що пошук доказової інформації про лікарські рослинні засоби (ЛРЗ), в основному, необхідно проводити у таких міжнародних базах:

- база Кокрана, що містить систематичні огляди про ефективність (безпечність) лікарських засобів рослинного походження за результатами мета-аналізу проведених досліджень у світі;
- база даних Національного центру альтернативної і нетрадиційної медицини (NCCAM), що

містить спеціальні монографії на лікарські рослини про ефективність і побічні дії/реакції лікарських рослин за даними рандомізованих досліджень, які проводилися у США;

· база даних Медлайн, в якій містяться монографії про ефективність, безпечність лікарських рослин і рослинних лікарських засобів за даними європейських досліджень [3].

Результати й обговорення. Проведене нами вивчення бази даних Кокрана показало, що наявні 27 систематичних оглядів та протоколів про застосування ЛРЗ. У базі даних Національного центру нетрадиційної та альтернативної медицини (NCCAM, США) подано монографії з доказовими даними про 39 лікарських рослин. У мережі Медлайн наявні дані про 52 лікарські рослини, також надається доказова інформація про неорганічні та природного походження речовини, які використовуються у фармакотерапії [8-12].

Розглянемо монографічну інформацію про доведену ефективність, взаємодії і побічні реакції ЛРЗ у вищевказаних базах даних. Так, журавлина лікарська (*Vaccinium macrocarpon*) та її сік, готові препарати застосовують при інфекційних процесах сечостатевої системи. Чисельні дослідження соку журавлини та капсул з журавлини показали, що вони забезпечують профілактику інфекцій сечостатевої системи у жінок – рівень В.

Льон посівний, олія з льону (*Linum usitatissimum*) використовуються як послаблюючий засіб. Дослідження підтвердили, що льон (проте не олія з льону) рекомендуються як послаблюючий засіб – рівень В, проте необхідно більше інформації, щоб визначити ефективну дозу. Використання льону чи альфа-лінолевої кислоти, отриманої з льону, при лікуванні раку простати, навпаки, показали підвищення ризику раку простати – рівень D.

Звіробій звичайний (*Hypericum perforatum*) широко використовується традиційно при гастроентерологічних захворюваннях, як протективний засіб для печінки, проте має наукові докази ефективності при депресіях легкого ступеня і середньої тяжкості – рівень А. Доведено небажані взаємодії з такими групами лікарських засобів (антиретровірусними, протипухлинними, контрацептивами, антидепресантами) та з препаратами: варфарин, дигоксин, циклоспорин.

У клінічних дослідженнях протягом 1-3 місяців прийом звіробою викликає мало побічних реакцій, зокрема шлунково-кишкові розлади, шкірні алергічні реакції, сексуальні дисфункції (включаючи імпотенцію). Особливо виражена взаємодія з серцевими глікозидами, бензодіазепіновими транквілізаторами, триптановими препаратами для лікування мігрені, підвищує фоточутливість організму при прийомі антибіотиків і контрацептивів [8, 10].

Куркума звичайна (шафран) має докази ефективності при шлунково-кишкових розладах – рівень доказів С, діє як холеретичний засіб при жовчнокам'яній хворобі – рівень С. Встановлено, що безпечні дози для куркуми у формі чаю, що містить 1,5 г сухого кореня два рази в день, у формі капсул до 3 г на добу. Алергічні реакції можуть бути при контакті шкіри з коренем куркуми. У високих дозах може викликати шлунково-кишкові розлади – печію, диспепсію, нудоту. При прийманні у формі спецій під час вагітності може стимулювати розвиток кровотечі. Може взаємодіяти з антиагрегантними препаратами – аспірин, варфарин, плавікс і збільшити ризик розвитку кровотечі. Наявні дані, що куркума знижує рівень ліпопротеїдів низької щільності і тому підвищує ефективність дії гіполіпідемічних засобів [11].

Важливим аспектом є правильне дозування ЛРЗ. Розглянемо її на прикладах деяких лікарських рослин, які призначають в гастроентерології та урології.

Ромашку лікарську (*Matricaria recutita*) приймають у дозі 1-4 чашки чаю, спиртовий розчин 1-4 мл три рази в день, капсули, таблетки 400-1600 мг на добу. Не отримано наукових доказів щодо безпечного дозування препаратів ромашки у дітей. Найбільш часті побічні реакції – алергічні реакції шкіри, не рекомендується для вагітних і при грудному вигодовуванні. Метаболізм препаратів ромашки через систему цитохром Р₄₅₀ може викликати підвищення концентрації інших препаратів у крові, що призводить до блювання, особливо при одночасному прийманні з метронідазолом та дисульфірамом. Може підвищуватись ризик кровотеч при прийманні з препаратами гінкго білоба, препаратами з часнику [9].

Часник посівний (*Garlic*) застосовують відповідно до рекомендацій Європейського науково-

го товариства фітотерапії (ESCOP) у дозі 3-5 мг аліцину (або 0,5 -1,0 г сухого порошку) для профілактики атеросклерозу. За рекомендаціями ВООЗ щоденна доза становить 2-5 г свіжого часнику, 0,4-1,2г порошку сухого, 0,3-1,0 г екстракту. Прийом препаратів часнику може підвищити ризик кровотеч при одночасному прийманні з аспірином, тиклідом, клопідогрелем, варфарином, а також ібупрофеном та напроксеном. При одночасному прийманні з препаратами гінкго білоба, пальми повзучої можуть спостерігатись кровотечі. Може знижуватись рівень глюкози у крові, тому хворі, що приймають цукрознижуючі засоби, повинні контролювати їх дозу.

Подання такої монографічної інформації є необхідним при створенні інтегральної бази даних про лікарські рослинні засоби, структуру якої представлено на рисунку 1:

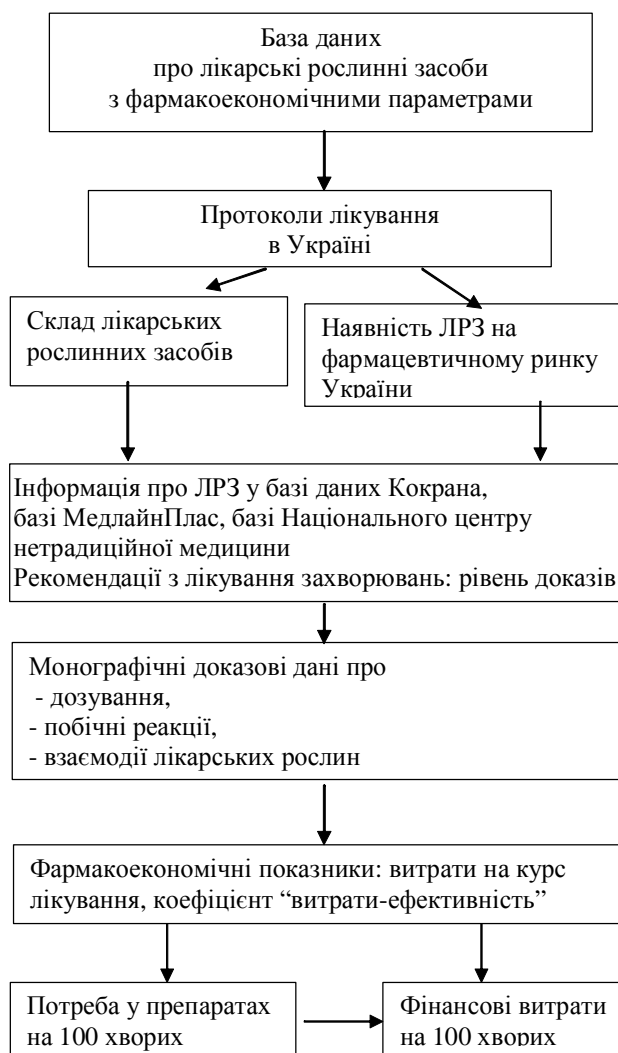


Рис. 1. Структура інтегральної бази даних про лікарські рослинні засоби з фармакоеконімічними параметрами та доказової медицини.

Включення доказової інформації про ефективність, безпечність ЛРЗ забезпечує об'єктивну оцінку ЛРЗ з метою науково обгрунтованого їх відбору при створенні формулярів. Нами доведено, що база даних про ЛРЗ повинна включати результати фармакоеконімічного аналізу. Обчислення для ЛРЗ необхідно проводити на мінімально ефективний курс лікування, який становить, не менше 1 місяця, а для деяких урологічних ЛРЗ, наприклад при лікуванні аденоми простати – 3 місяці. Це дозволяє обгрунтовано обирати ЛРЗ при створенні формулярів лікувальних закладів. Доцільною у базі даних є інформація про побічні реакції і взаємодії лікарських рослин з іншими препаратами.

За умов реформування системи охорони здоров'я в Україні, зокрема її первинної ланки, зап-

ровадження засад сімейної медицини, формулярної системи у лікувально-профілактичних закладах, доцільним є створення спеціалізованого Науково-дослідного центру з лікарських рослин та бази даних з постійно оновлюваною інформацією про ЛРЗ.

Висновки. Нами підготовлені методичні рекомендації для вивчення доказових даних, фармакоеконімічних аспектів, при відпуску рослинних лікарських засобів при лікуванні гастроентерологічних, урологічних захворювань, інформаційний лист, розділ у монографії, які використовуються у післядипломній підготовці провізорів [2-4].

Вивчення доказової інформації про ЛРЗ, оволодіння навичками їх фармакоеконімічної оцінки сприятиме раціональному та економічно обгрунтованому застосуванню рослинних препаратів

Література

1. Заліська О. М. До проблеми створення бази даних з фармакоінформатики / О. М. Заліська, Б. Л. Парновський, Н. Л. Герболака // Фармац. журн. – 2001. – № 2. – С. 36-41.
2. Мудрак І. Г. Фармацевтична опіка хворих на гастроентерологічні та урологічні захворювання при використанні сучасного арсеналу лікарських засобів рослинного походження / І. Г. Мудрак : [методичні рекомендації] / За ред. О. М. Заліської. – Львів : ЛНМУ імені Данила Галицького, 2007. – 64 с.
3. Мудрак І. Г. Методика інформаційного забезпечення про рослинні лікарські засоби за даними доказової медицини / І. Г. Мудрак : [Інформац. лист] – МОЗ України, Укрмедпатентінформ. – Київ, 2008. – 3 с.
4. Мудрак І. Г. Обгрунтування моделі структури бази даних про рослинні лікарські засоби з урахуванням результатів доказової фармації: Монографія Фармацевтична інформатика / Б. Л. Парновський, М. В. Слабий, О. М. Заліська, А. І. Бойко, О. Б. Блавацька, Г. В. Крамаренко, Г. Ю. Яцкова, А. А. Лендяк, О. В. Парамош, К. І. Пушак, Ю. В. Майнич, І. Г. Мудрак, М. Я. Підгірна. – Львів : Кварт, 2008. – С. 314-321.
5. Парновский Б. Л. Исследование в области теории и практики фармацевтической информации: автореф. дисс. ... докт. фармац. наук: 15.00.04. / Б. Л. Парновский. – Моск. мед. ин-т им. И.М.Сеченова. – М., 1978. – 22 с.

6. Парновский Б. Л., Прокопишин В. И., Гордиенко Л. А., Брумерел М. Д. Основы фармацевтической информации. – Кишинев: Штиинца, 1986. – 163 с.
7. Смирнова Л. Ф. Информационное обеспечение баз данных о лекарственных средствах: автореф. дис. ... канд. фарм. наук: 15.00.01 / Львовский медицинский институт. – Львов, 1986. – 24 с.
8. Interaction of St John's wort with low-dose oral contraceptive therapy: a randomized controlled trial / Pfrunder A., Schiesser M., Gerber S., et al. // Br. J. Clin. Pharmacol. – 2003. – № 56 (6). – P. 683-690.
9. Marrubium (Marrubium vulgare) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до інформації : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/natural/patient-marrubium.html>
10. National Centre Complementary and Alternative Medicine [Електронний ресурс]. – Режим доступу до інформації : <http://www.nncam.nih.gov/>
11. Philipp M. Hypericum extract versus imipramine or placebo in patients with moderate depression: randomised multicentre study of treatment for eight weeks / M. Philipp, R. Kohlen, K.O. Hiller // BMJ. – 1999. – № 319 (7224). – P.1534–1538.
12. Turmeric (Curcuma longa) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до інформації : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/natural/patient-curcuma.html>

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ ПО ДАННЫМ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

И. Г. Мудрак, О. М. Залиска

*¹Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова
Львовский национальный медицинский университет имени Даниила Галицкого*

Резюме: обоснованы направления информационного обеспечения о лекарственных растительных средствах по данным доказательной медицины, подготовлены учебные материалы для

усовершенствования учебного процесса последипломной подготовки провизоров в условиях внедрения формулярной системы в Украине.

Ключевые слова: лекарственные растительные средства, доказательная медицина, базы данных, последипломное обучение.

OPTIMIZATION OF INFORMATIVE PROVIDING ABOUT HERBAL MEDICINES FROM DATA OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

I. H. Mudrak, O. M. Zaliska

Vinnitsia National Medical University by M. I. Pyrohov

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

Summary: there have been grounded directions of the informative providing about herbal medicines from data of evidence-based medicine, prepared educational materials for the improvement of educational process of post-graduate training in development of formulary system in Ukraine.

Key words: herbal medicines, evidence-based medicine, database, post-graduate training.

Рекомендована д-м біол. наук, проф. І. М. Кліщем

УДК 615.225.2:339.138

АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

©Т. С. Негода, М. Л. Сятиня, В. А. Сятиня, В. П. Попович

Ужгородський державний медичний університет

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Резюме: проведено аналіз лікарського забезпечення антигіпертензивними препаратами для лікування гіпертонічної хвороби в умовах стаціонару.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, ренін-ангіотензинова система.

Вступ. Одним з головних питань лікарського забезпечення населення, зокрема хворих на артеріальну гіпертензію, є вивчення попиту і споживання лікарських засобів.

З огляду на значний вибір лікарських засобів для фармакотерапії артеріальної гіпертензії, нами вивчено споживання ліків при даній патології в умовах стаціонару.

Методи дослідження. Базою експериментального дослідження був обласний кардіологічний диспансер Управління охорони здоров'я. Об'єкти дослідження – історії хвороби, які відбирали методом вільної вибірки. Всього проаналізовано 1 003 історії хвороби за 2009 р.

Результати й обговорення. Кожну історію хвороби аналізували за такими критеріями: прізвище, ім'я, по батькові, стать і вік хворого, стадія перебігу артеріальної гіпертензії, термін перебування хворого в стаціонарі, супутні хвороби, призначення лікаря – кардіолога, вартість фармакотерапії. Для математичної обробки даних використовували електронні таблиці Microsoft Excel.

Як видно з таблиці 1, 13,3 % історій хвороби відносилися до першої стадії артеріальної гіпертензії, 68,7 % – до другої, 18,0 % – до третьої. Більше половини всіх хворих були жінки. Середній вік становив 42,4, 54,9 і 56,9 року відпові-