

кетанов и пираретам, время реакции мышей на тепло сократилось спустя 30 минут (76%) на 18% в сравнении с контрольной группой (94%).

Выводы. В данной работе проведено исследование на скорость реакции при термическом раздражении у белых лабораторных мышей. Полученные данные позволили нам сделать вывод об увеличении времени реакции на тепло спустя 60 минут после введения препарата кетанов на 7%, в сравнении с контрольной группой, что подтверждает его обезболивающее действие на организм. При введении препарата пираретам время реакции мышей на тепло значительно сократилось на 13% в сравнении с контрольной группой, спустя 30 минут. Можно предположить, что это происходит из-за положительного влияния на процессы обмена и кровообращения мозга. При комбинированном введении препаратов время реакции мышей сократилось на 18% в сравнении с контрольной группой. Данный опыт позволяет нам сделать вывод об эффективном комбинировании препаратов НПВС и ноотропного вещества.

Литературы.

1. Харкевич, Д.А. - 10-е изд., испр., перераб., и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. - 16-е изд., перераб., испр и доп. - М.: Новая волна: 2010.

ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РИСКОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Прохоров В.Н., Коновалов В.И.

ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России

Многие виды патологии человека, в частности, сердечно-сосудистые, онкологические, инфекционные и другие виды распространенных заболеваний требуют обязательного использования лекарственной терапии. При этом медицинские препараты назначаются в различных сочетаниях, в различных дозировках, нередко длительными курсами. Доказательная медицина обладает неоспоримыми свидетельствами, что грамотное, научно обоснованное

применение необходимых лекарств способно существенно ускорить выздоровление и в целом оптимизировать состояние здоровья пациентов, снизить количество осложнений имеющегося заболевания, а также улучшить личностные и общественные показатели здоровья.

Безопасность применения фармакологических препаратов является одной из основных частей системы безопасности пациентов. Глобальная безопасность приема лекарств полностью зависит от качества деятельности национальных систем, контролирующей разработку, условия хранения и качества лекарств, используемых населением. Предупреждение и выявление неблагоприятных реакций на лекарства (НРЛ) называется фармакологическим надзором. В функции фармакологического надзора должна входить тщательная оценка рисков и преимуществ применения лекарственных препаратов, начиная со стадии предварительной оценки до момента использования их пациентами, а также полный контроль возникновения НРЛ и информирование врачей и населения об условиях безопасного применения лекарств [1].

В настоящее время нередко имеют место неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств. При этом, известно, что:

- НРЛ происходят у людей во всех странах, но чаще всего в развитых странах;

- неблагоприятные, опасные реакции на лекарственные средства входят в число десяти ведущих причин смерти во многих странах;

- в некоторых странах расходы, связанные с НРЛ, такие как расходы на госпитализацию, дополнительные фармакологические препараты, хирургические вмешательства и в связи с потерей трудоспособности, превышают стоимость первоначальной лекарственной терапии.

- нет ни одного лекарства, прием которого не был бы сопряжен с риском НРЛ;

- большинство НРЛ при целенаправленном подходе можно предотвратить, а тщательная сравнительная оценка рисков и преимуществ лекарств способствует безопасности пациентов [1].

Основные (лечебные) риски связаны с процессом оказания медицинской помощи: 1) диагностические (риски некорректной диагностики, дефекты информационного взаимодействия медицинского персонала и т.д.); 2) лечебные (риски фармакотерапии, хирургического лечения, риски взаимодействия специалистов и преемственности оказания медицинской помощи, риски развития осложнений и нежелательных лекарственных реакций); 3) реабилитационные (дефекты реабилитации); 4) риски пребывания пациента в стационаре (возникновение нежелательных событий, включая падения).

Сущностью риск-менеджмента является построение системы мер внутри организации по противодействию рискам. Необходимо четко выделять 2 подхода к управлению рисками: человекоориентированный и системный (организационный). Человекоориентированный подход фокусируется на индивидуальных ошибках, связанных с забывчивостью, некомпетентностью, невнимательностью или аморальностью. Организационный подход концентрируется на условиях, в которых работают люди, и основан на построении защиты, которая предотвращает ошибки или компенсирует их последствия [2].

В отечественной литературе управление риском трактуется односторонне. Система мер, целью которых является уменьшение повреждающего или уничтожающего воздействия опасности на здоровье, жизнь, имущественное или финансовое положение рискующего и т.д., относится к управлению рисками [3]. По нашему мнению, управление риском для организатора здравоохранения следует рассматривать с позиции системы здравоохранения. В этом случае ее можно определить как комплекс систем и методов, направленных на обеспечение безопасности медицинской организации: пациентов, персонала и материальных объектов: оборудования, помещений. В управлении рисками выделяют различные системы и методы, которые помогают специалисту выявлять инциденты, анализировать причины их появления и противодействовать им. Для сбора первичной информации и мониторинга в организации должна быть система мониторинга и выявления

инцидентов. Система анализа инцидентов включает в себя исследование причин и разработку мер противодействия инцидентам. Координирующая система должна обеспечивать эффективную коммуникацию, которая позволяет передавать информацию, накопленный опыт, методы борьбы с инцидентами и их последствия между отделениями, органами управления здравоохранения различного уровня.

К системе мониторинга инцидентов относятся: регистрация инцидентов; регистрация клинических происшествий; скрининг клинических происшествий. Методы анализа информации по инцидентам включают: оценку риска; анализ причин; анализ существенных событий; схема решения инцидентов. Для системы управления рисками используются также индикаторы. От умения корректно и правильно использовать эти методы зависит эффективность построенной системы управления рисками в организации.

Управление лекарственными рисками - мультидисциплинарная задача и включает в себя всех специалистов, которые работают в медицинском учреждении: врачи, медсестры, лаборанты, администраторы и др. Важным источником информации по безопасности медицинской помощи являются пациенты. В частности, они могут оказывать помощь в обеспечении безопасности фармакотерапии, сообщая о тех или иных дефектах. Показано, что пациенты более терпимо относятся к ошибкам, если им приносят извинения быстро, полно, сочувственно в медицинском учреждении [4].

В разных странах для обеспечения безопасности пациентов функционируют национальное агентство по безопасности пациентов и агентство по улучшению качества. В их задачу входит поддержание и совершенствование системы мониторинга инцидентов, распространение опыта обеспечения безопасности пациентов (издание бюллетеней по безопасности), издание и пересмотр методических рекомендаций, проведение семинаров.

Основой управления риском является система мероприятий, направленных на анализ всех НРЛ. Для выявления и оценки ошибок и неблагоприятных событий в медицине наиболее оптимально применение

следующих методов: 1) анонимный сбор информации об инцидентах; 2) ретроспективный анализ медицинской документации; 3) проведение опросов (интервьюирование) медицинского персонала и пациентов; 4) непосредственное наблюдение за процессом оказания медицинской помощи; 5) отчетность сотрудников организаций здравоохранения об ошибках и неблагоприятных событиях; 6) анализ жалоб и судебных исков пациентов; 7) компьютерный мониторинг электронных баз медицинских данных; 8) патологоанатомические исследования; 9) проведение клинико-анатомических конференций.

С точки зрения практической реализации в управлении риском выделяют 5 основных этапов: 1) выявление угроз и опасностей; 2) оценка и определение кто и что может быть повреждено и каким образом; 3) оценка риска и принятие решений относительно мер предосторожности; 4) документальное фиксирование и внедрение; 5) пересмотр системы управления риском и обновление [5].

Таким образом, одним из основных целеполагающих моментов для повышения безопасности оказания медицинской помощи является создание системы управления рисками фармакологической терапии в системе отечественного здравоохранения, в функции которой должны входить: 1) система постоянного мониторинга НРЛ от уровня медицинского учреждения до федерального; 2) выявление рисков возникновения НРЛ всех видов; 3) управление рисками НРЛ организационного и человекоконцентрированного характера в медицинских учреждениях и в виде информационной и просветительной работы с населением.

Литература:

1. Безопасность лекарственных средств: неблагоприятные реакции на лекарства. Информационный бюллетень № 293. Март 2014.

2. Бурыкин И.М., Алеева Г.Н., Хафизьянова Р.Х. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - № 1. - С. 15-20.

3.Вялков А.И., Кучеренко В.З. Организационно-методические аспекты снижения рисков в медицинской практике // ГлавВрач. – 2006. - № 2. – С.6-11.

4.Overview of medical errors and adverse events / Garrouste-Orgeas M. et al. // Annals of Intensive Care. – 2012. – V. 2. № 1. – P. 2-4.

5.Reason J. Human error: models and management // BMJ. – 2000. – V.320. - № 7237. – P.768-770.

Prokhorov V.N., Konovalov V.I.

The Summary: Considering the high level of complications and side effects of using drugs for the treatment of various diseases developed the program of risk reduction pharmacology for doctors. The program includes the algorithm of measures to reduce risk factors for drug treatment and control methods for their implementation.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАГЛАНДИНОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

Прохорова О.В.

ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России

Введение. Актуальность проблемы подготовки организма беременной женщины к родам объясняется высокой частотой случаев неготовности женщин к родам в сроке доношенной беременности и большим числом осложнений в родах, значительной частотой оперативного родоразрешения и высокими показателями перинатальной заболеваемости и смертности при наличии незрелых родовых путей. Известно, что родоразрешение женщин в сроках доношенной беременности позволяет предупредить рождение переношенного ребенка и заметно снизить риск возникновения перинатальных осложнений травматического, гипоксического и инфекционного характера. Данные литературы подтверждают важность указанной проблемы и свидетельствуют, что наличие «незрелой» шейки матки в сроках 40-41 недели беременности является основанием для анализа акушерской ситуации и назначения мероприятий по подготовке родовых путей [1, 2, 3]. В настоящее