

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН  
САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРЛИГИ  
И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК  
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН УЛУТТУК  
ИЛИМДЕР АКАДЕМИЯСЫ  
БИОТЕХНОЛОГИЯ ИНСТИТУТУ**

**Д 03.17.558 диссертациялык кеңеши**

Кол жазма укугунда  
УДК: 615.084:001:616-071: 616(02)

**Зурдинова Аида Аширалиевна**

**ДАЛИЛДӨӨ МЕДИЦИНАСЫНЫН ПРИНЦИПТЕРИНИН  
НЕГИЗИНДЕ КЛИНИКАЛЫК КОЛДОНМОЛОРДУ ИШТЕП  
ЧЫГУУДА ЖАНА КИРГИЗҮҮДӨ РАЦИОНАЛДУУ ДАРЫ-  
ДАРМЕК МЕНЕН ДАРЫЛООНУ ИЛИМИЙ НЕГИЗДӨӨ**

**14.03.06 – фармакология, клиникалык фармакология**

**Медицина илимдеринин доктору окумуштуулук  
даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын  
авторефераты**

**Бишкек – 2018**

Иш И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын базистик жана клиникалык фармакология кафедрасында жана Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орусия университетинин базистик жана клиникалык фармакология кафедрасында аткарылды

**Илимий консультанты:** **Вальдман Елена Артуровна**  
медицина илимдеринин доктору, профессор,  
илимий педагогикалык кадрларды даярдоо  
бөлүмүнүн башчысы, В. В. Закусов атындагы  
фармакология “Илим изилдөө институту”  
ФМБИЖ психофармакология лабораториясынын  
жетектөөчү илимий кызматкери.

**Расмий оппоненттер:** **Сулейманов Салават Шейхович**  
медицина илимдеринин доктору, профессор,  
“САЙКО” Орусия -жапон медициналык  
борборунун генералдык директору;

**Шабанов Петр Дмитриевич**  
медицина илимдеринин доктору, профессор,  
РФ КМ “С.М. Киров атындагы Аскер  
медициналык академиясынын” ФМБАОЖ  
фармакология кафедрасынын башчысы;

**Чонбашева Чолпон Кенешовна**  
медицина илимдеринин доктору, профессор,  
И.К. Ахунбаев атындагы КММА госпиталдык  
терапия кафедрасынын профессору.

**Жетектөөчү (оппонент) уюм:** “Орусиянын элдердин достугу университети” ФМАБУ ЖББ, жалпы жана клиникалык фармакология кафедрасы (Россия, 117198, Москва шаары, Миклухо-Маклая көчөсү, 6).

Диссертация 2019-жылдын 24-январында саат 13.00 И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясына жана Кыргыз Республикасынын Улуттук илимдер академиясынын Биотехнология институтуна караштуу Д 03.17.558 диссертациялык кеңешинин жыйынында төмөндөгү даректе корголот: 720020, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92. Онлайн режиминдеги коргоонун коду ZOOM webinar 8607586340.

Диссертация менен төмөндөгү дарек боюнча: 720020, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92 И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы менен Кыргыз Республикасынын Улуттук илимдер академиясынын китепканаларынан жана (<http://kgma.kg>) сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2018-жылдын “ \_\_\_\_\_ ” декабрында таркатылды.

**Диссертациялык кеңештин  
окумуштуу катчысы,  
м.и.к., доцент**

**Т.С. Сабирова**

## ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

**Диссертациянын темасынын актуалдуулугу.** Дары каражаттарына жумшалган чыгым кенен таралган ооруларды дарылоого кеткен каражат менен салыштырмалуу бирдей болуп калгандыктан, дары каражаттарын колдонуудан келип чыгуучу мезгилсиз өлүмгө жана дартты айыктырууга байланыштуу ДК орунсуз пайдалануу көйгөйлөрү учурда бүткүл дүйнөлүк актуалдуу маселеге айланды [Е.В. Каракулова, Е.Е. Лоскутова, Е.А. Ушкалова, 2012; D.K. Nace at all, 2012]. Алсак АКШда орунсуз медикаментоздук дарылоонун терс натыйжасы 100 млрд долларга бааланат [С.К. Зырянов, 2005].

Кокрейновдик Кызматташуунун негиздөөчүлөрүнүн бири Питер К.Гётше белгилегендей, АКШ жана Европада жүрөк кан тамыр жана шишик ооруларынан кийинки үчүнчү орунда ДК колдонуунун себебинен келип чыккан өлүм турат. Бир дагы ДК толук коопсуз болгондугуна жана ЖДР өөрчүп кетүү коркунучуна байланыштуу бүт дүйнө – жүзүндө заманбап ДК колдонуунун зыянсыздык көйгөйлөрүнө айрыкча көңүл бөлүүндө [А.В. Кузьмина, И.Л. Асецкая, В.А. Поливанов, С.К.Зырянов, 2016]. Дары каражаттарын орунсуз жана зыянсыз колдонулушу фармацевтикалык рынокко чыгарылган ДК эбегейсиз көп санда болгону, аларды фармацевтикалык компаниялар этикага ылайыксыз жылдыруусу, ДК тууралуу ишенимдүү сапаттуу маалыматтын жоктугу, клиникалык изилдөөлөрдүн жыйынтыгын сын көз-карашта баалоо боюнча адистердин жетишсиз билими жана жөндөмү, ДК адекваттуу эмес тандалышы, ДК дайындалышы, далилденген эффективдүүлүктүн жана коопсуздуктун жоктугу, мониторингтин инфраструктурасынын жоктугу, сапаттуу ДК жетишсиздиги, рецептуралык ДК рецепсиз таратылышы менен шартталган [ВОЗ, 2009; Н.Б. Ростова, 2012; Е.В. Каракулова, Е.Е. Лоскутова, Е.А. Ушкалова, 2012].

ДСУ маалыматы боюнча бардык ДК 50% ашыгы орунсуз дайындалат же ылайыксыз берилип, колдонулат жана ар бир экинчи бейтап ДК туура эмес колдонот [ВОЗ, 2002]. ДК орунсуз колдонуунун негизги түрлөрүнө аларды ыксыз (полипрагмазия же политерапия), микробго каршы ДК максатсыз пайдаланышы, ооз аркылуу киргизилүүчү дары түрлөрү болсо да, инъекциялык ДК ашыкча колдонуу, ДК далилдүү медицинага (ДМ) негизделген клиникалык көрсөтмөлөргө (КК) байланышсыз дайындоо. ДК ылайыксыз өз алдынча дайындоо кирет. Өз кезегинде ДК орунсуз тандоо, аларды сатуудагы кетирилген каталар, фармакотерапиянын киргизилиши жана мониторинги медициналык дарылык каталарга кирет [S. Broch, 2016].

ДКОК бөгөт коюучу көйгөйлөр болуп бейтаптар тарабынан фармакотерапия режимдерин аткарбай коюушу, бул жагдайдын дарылардан кийинки биринчи алты айда кескин жогорулап кетүүсү жана өнөкөт ЖЭО дарты менен жабыркаган оорулуулардын жарымынан көбүндө бар экени саналат [ДСУ, 2003; 2011]. Сапаттуу ДК физикалык жана экономикалык

жетиштүүлүгү менен камсыздоо ДКОК маанилүү курамы экенин белгилеп кетүү керек.

ДСУ [1985] аныктамасы боюнча “Дары каражаттарын орундуу колдонуу” (ДКОК) бейтаптардын клиникалык керектөөлөрүнө дал келген, алардын жеке өзгөчөлүктөрүнө жооп берген, адекваттуу мезгилде жана бейтаптар үчүн да, коом үчүн да эң төмөн баада болушун талап кылат”.

Ошону менен бирге дээрлик баардык өлкөлөрдө өнөкөт дарттын кеңири жайылышына жана ДК баасына жогорулашына байланыштуу болгон бюджеттин жетишсиздик көйгөйлөрү бар. Бейтаптарга эффективдүү ДК жетиштүү болгон сайын, фармакотерапияга болгон экономикалык чыгымдардын жүгү оордойт [Р.У. Хабриев, Р.И. Ягудина, Н.Г. Правдюк, 2013]. Ошондуктан ДК чыгымдардын жабуучу камсыздоо системасы жок болгондуктан бейтаптын чөнтөгүнөн чыккан дары төлөмдөрүн жогорулатат. Бул жагдай ДКОК жолтоо кылып, бейтаптарга дайындалган фармакотерапиянын так аткарылышын төмөндөтөт [ДСУ, 2010].

ДСУ өлкөлөрдө негизги ДКОК жетиштүүлүгүн камсыздоого олуттуу таасир берүүчү 12 маанилүү жоболорду сунуштайт. Негизги дары каражаттарын тандоо сапаттуу медициналык жардамды камсыздоочу куралы болгон ДМ позицияларында көрсөтүлгөн Кк негизделиши керек жана ДКОКко көмөктөшөт [ДСУ, 2002]. ДК формулярларын иштеп чыгууда алардын сатып алуу процессин жакшыртуу үчүн далилдүү медицина базаларын Medine, Cochrane Library, Best Evidence, Clinical Evidence жана башка ДК натыйжалуулугу менен коопсуздугу жөнүндө ишенимдүү маалыматты камтыган ресурстарды колдонуунун фармакоэкономикалык аспектилерин эске алуу кажет [Е.А. Ушкалова, 1998]. Ошону менен бирге саламаттык сактоо технологияларын баалоону (СТБ) киргизүү НДК тизмесин түзүү бюджет каражаттарын рационалдуу колдонуу менен саламаттык сактоо чыгымдарын оптимизациялоо менен бирге ДМ негизделген жетекчилик чечимдерди кабыл алуу дары каражаттарынын жетиштүүлүгүн камсыз кыларын баса белгилеп кетүү керек [Р.У. Хабриев, Р.И. Ягудина, Н.Г. Правдюк, 2013].

ДКОК, СТБ жана ДМ концепцияларын Кыргыз Республикасынын практикалык саламаттык сактоосунда ырактуу ишке ашыруу зор мааниге ээ жана сөзсүз түрдө өлкөнүн саламаттык сактоосунун каржы ресурстарынын чектелүүсүнүн эске алуу менен зарыл экени талашсыз.

Ошентип, өлкөдө ДМ стратегиясы киргизилип жатканына карабастан, азыркыга чейин клиникалык колдонмону жана Кп иштеп чыгууда жана киргизүүдө актуалдуу болгон медикаментоздук дарылоо маселелерине, ЖМДКТ кайра кароолорго, ошондой эле маанилүү ДК физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгү көйгөйлөрүнө талаптагыдай көңүл бурулбай келет, булар дары каражаттарын рационалдуу эмес пайдаланууну шарттайт. Белгиленген көйгөйлөр аларды минималдаштыруу боюнча тиешелүү сунуштарды иштеп чыгуу менен аналитикалык жана аргументтелген баалоону талап кылат, бул ушул изилдөөнүн предмети болуп калды.

**Диссертациянын темасынын илимий программалар жана негизги илимий-изилдөө иштери (ИИИ) байланышы.** Иш Б.Н. Ельцин ат. Кыргыз-Россия Славян Университетинин базалык жана клиникалык фармакология кафедрасынын “Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо уюмдарында ДК пайдаланууну талдоо жана баалоо” илимий-изилдөө ишинин темасынын алкагында аткарылды.

**Изилдөөнүн максаты** – КР Саламаттыкты сактоо уюмдарында медициналык жардамдын натыйжалуулугун жогорулатуунун сапаттуу жаңы жолдорун иштеп чыгуу зарылчылыгын илимий негиздөө үчүн дары-дармек менен дарылоо көйгөйлөрүнүн абалын изилдөө.

#### **Изилдөөнүн милдеттери**

1. Дүйнөлүк масштабда ДК рационалдуу эмес пайдалануу көйгөйүнүн маанисин изилдөө, практикалык саламаттыкты сактоого ДМ принциптерин киргизүүнү негиздөө жана аларды системалаштыруу.
2. ЖЭОда колдонулуучу дары каражаттарына басым жасоо менен ДСУ Моделдик НДКТ менен шайкештөөнү орнотуу үчүн КР ЖМДКТ бардык редакцияларын ретроспективдүү жана проспективдүү талдоо жана ДМ позициясынан аны оптималдаштыруу боюнча ыкмаларды негиздөө.
3. Саламаттыкты сактоонун ар кандай деңгээлдери үчүн Кк жана Кп иштеп чыгуу практикасын ретроспективдүү талдоого алуу, аларды колдонуу жана AGREE жана AGREE II куралдарынын жардамы менен алардын методологиялык сапатын жана эл аралык Кк менен салыштыруу аспектинде клиникалык колдонмодо жана Кпдо ЖЭО дары-дармек менен дарылоо боюнча сунуштамаларынын клиникалык мазмунун сын көз караш менен баалоо.
4. КР саламаттыкты сактоосунун стационардык деңгээлинде ДК пайдалануунун аспектирин төмөндөгү методдор менен талдоого алуу: паттерн изилдөө, ДК пайдалануунун сапаты, ЖЭО караштуу STOPP/START-чен белгилери боюнча улгайган курактагы адамдарга ДК дайындоонун аудити.
5. КР саламаттыкты сактоо уюмдарында дарыгерлер жана бейтаптар арасында ДК пайдаланууга таасирин тийгизүүчү факторлорду талдоого алуу жана тактоо.
6. ЖМДКТ-2018ге киргизилген жана ЖЭО дары-дармек менен дарылоо боюнча клиникалык колдонмолорунда жана Кп сунушталган маанилүү ДК физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгүнө баалоо жүргүзүү зарылчылыгын негиздөө.
7. Дары-дармек менен дарылоону өркүндөтүү жолдорун илимий негиздөө жана аларды практикалык саламаттыкты сактоого киргизүү үчүн ДК колдонуу практикасынын кемчиликтерин жана каталарын баалоо.

### **Изилдөөнүн алынган жыйынтыктарынын илимий жаңылыгы.**

Биринчи жолу ДМ позициясынан КРда ДСУ ДКРП Концепциясынын негизги жоболорун жүзөгө ашырууну ретроспективдүү, проспективдүү талдоо жана баалоо жүргүзүлдү. ЖМДКТ түзүүгө карата ыкмалар методологиялык негизделди, алар ДСУ НДКТ менен шайкештөө планында КР ПП бекиткен ЖМДКТ салыштырмалуу баалоону жана КР ЖМДКТ акыркы редакциясынан чыгарууга сунушталган ДК Сын көз менен талдоону камтыган.

Клиникалык колдонмолорду иштеп чыгуу процесстерин өркүндөтүү үчүн AGREE II эл аралык баалоо куралын пайдалануу менен КР Саламаттыкты сактоо министрлиги бекиткен клиникалык колдонмолордун сапатын методологиялык баалоо зарылчылыгы негизделди. Кк, Кп, стандарттарды, индикаторлорду жана КРда МТБ ыкмаларын киргизүү мүмкүнчүлүктөрүн аныктоо боюнча түшүнүктөрдү түзүмдөштүрүү боюнча заманбап ыкмалар илимий жактан негизделди.

КР Саламаттыкты сактоо министрлиги бекиткен Кк жана Кп методологиялык сапатын изилдөөнүн негизинде жана саламаттыкты сактоо технологияларды баалоо (СТБ) чөйрөсүндөгү акыркы жетишкендиктерди эске алуу менен Кк, Кп, стандарттарды, индикаторлорду жазуудагы илимий-негиздүү ыкмалар, аларды саламаттыкты сактоо практикасына киргизүүгө мониторинг жүргүзүү боюнча методикалык сунуштарды иштеп чыгуу негизделди.

Жүргүзүлгөн фармакоэпидемиологиялык талдоонун негизинде ДК рационалдуу эмес пайдалануу, ДК улгайган курактагы адамдарга негизсиз дайындоо көйгөйлөрү аныкталды, аларды пайдаланууга таасирин тийгизген факторлор аныкталды: ДК жөнүндө маалыматтын ишенимдүү сапаттуу булактардын жоктугу, аларды илгерилетүүнүн дары-дармек менен дарылоого таасири, дарыгерлердин Кк сактоого төмөнкү жактоочулугу, Кк жана Кп практикага талаптагыдай эмес киргизүү, ЖМДКТ-2018ге киргизилген жана клиникалык колдонмодо сунушталган маанилүү ДКнын төмөнкү физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгү.

ЖМДКТ-2018ге киргизилген жана иштелип чыккан клиникалык колдонмодо сунушталган маанилүү ДК физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгүнө баалоо жүргүзүү жана ЖЭО дары-дармек менен дарылоодо мамлекеттин жана бейтаптын финансылык чыгымдарынын оордугун төмөндөтүү үчүн ММК КПга ДК киргизүү мүмкүнчүлүгү методологиялык жактан негизделди.

Жүргүзүлгөн изилдөөнүн жыйынтыктары улуттук саламаттыкты сактоону жогорку технологиялык жеке кишиге багытталган медициналык жардамды өнүктүрүүгө багыттоо зарылчылыгын көрсөтүп турат.

## **Алынган жыйынтыктардын практикалык мааниси**

Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн жыйынтыктарын ЖМДКТ кайра карап чыгууда, Кк, Кп, медициналык жардам берүүнүн сапатын жакшыртуу үчүн стандарттарды жана индикаторлорду иштеп чыгууда; ЛС керектөөнү эсептөө үчүн, сунушталган дары-дармек менен дарылоонун алгылыктуулугун физикалык жана экономикалык балоо үчүн; медициналык адистерди кесипкөй даярдоо программаларын иштеп чыгууда пайдалануу зарыл. Мындан тышкары, бул чектелген ресурстарды – сапаттуу медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн, анын ичинен дарылардын жеткиликтүүлүгүн камсыздоо планында оптималдуу пайдалануу үчүн зарыл.

Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн негизинде төмөнкүлөр иштелип чыкты жана киргизилди:

“Далилдөө медицинасынын принциптерине негизделген клиникалык колдонмолорду иштеп чыгуу жана адаптациялоо методологиясы” методикалык сунуштамалары (КР ССМ 30.05.2008-ж. № 253 Буйругу); саламаттыкты сактоо кызматкерлери үчүн “Кыргыз Республикасынын жашоо үчүн маанилүү дары каражаттарынын тизмесине дары каражаттарын тандоо” методикалык сунуштамалары, Бишкек, 2012. – 39-б. (КР ССМ бекиткен жана сунуштаган); ЖМДКТ түзүү жөнүндө жобо (КР ССМ 14.11.2016-жылдагы № 827 буйругу); “Далилдөө медицинасынын принциптерин негизделген клиникалык колдонмолорду жана протоколдорду, стандарттарды жана индикаторлорду даярдоо боюнча илимий-негиздүү сунуштар. Кыргыз Республикасында медициналык технологияларды баалоонун ыкмаларын илимий негиздүү киргизүү” методикалык сунуштары; ЖМДКТ жөнүндө жобону киргизүүнүн жыйынтыктары боюнча ЖМДКТ 8-кайра кароо өткөрүлдү жана Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн 07.06.2018-жылдагы №274 токтому менен бекитилди.

Алынган малыматтарды жүзөгө ашыруу Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо системасынын ири илимий-практикалык көйгөйлөрүн чечүүгө багытталган.

## **Жактоого чыгарылган диссертациянын негизги жоболору**

1. ДСУ Моделдик НДКТ менен шайкештөө ЖМДКТ натыйжалуу кайра кароону камсыздайт жана ДМ позициясынан натыйжалуулугун жана коопсуздугун эске алуу менен ДК тандоо сапатын жакшыртууну шарттайт.
2. Иштелип чыккан Кк сапатын жогорулатуу үчүн бекитилген аларды иштеп чыгуу жана адаптациялоо методологиясын кайра кароо, далилдердин ишенимдүүлүгүнүн деңгээлин стандартташтыруу, алардын методологиялык сапатын баалоо үчүн AGREE II куралын бекитүү, Кк, Кп, стандарттарды жана индикаторлорду көрсөтүүлүүчү кызматтардын жеткиликтүүлүгүн жана

сапатын жогорулатуу максатында практикалык саламаттыкты сактоого киргизүү үчүн алардын аныктамасын тактоо керек.

3. ДК пайдалануунун аспекти изилдөө боюнча фармакоэпидемиологиялык изилдөөнүн жыйынтыктары КР саламаттыкты сактоо уюмдарынын стационардык деңгээлинде полипрагмазия, натыйжалуулугу жана коопсуздугу далилденбеген ДК дайындоо, ДК адепсиз маркетинги, дарыгерлердин клиникалык колдонмолорго жана Кп карата төмөнкү жактоочулугу, улгайган адамдарга ДК STOPP-чен белгилерин эсепке алуусуз дайындоо, маалыматтын ишенимдүү сапаттуу булактарынын жоктугу жана дарыгерлердин, бейтаптардын ДК жөнүндө төмөнкү маалымдуулугу сыяктуу, ДК рационалдуу эмес пайдалануу көйгөйлөрү бар экенин көрсөттү.
4. ЖМДКТ-2018 киргизилген 15 маанилүү ДК жеткиликтүүлүгүн баалоо алардын физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгүнө байланыштуу көйгөйлөр бар экенин көрсөттү, бул өлкөнүн фармацевтика рыногунда айрым ДК жоктугу менен байланыштуу.
5. ЖЭО боюнча клиникалык колдонмолордо жана Кп сунушталган ДК экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн коэффициенти баалоо МКЭМ жана ОКЭМ эске алуу менен айрым ДК экономикалык жеткиликтүү эместигин көрсөттү.

**Изденүүчүнүн жекече салымы.** Автор изилдөөнүн планын жана дизайнын жеке өзү иштеп чыкты, изилдөөнүн темасы боюнча илимий адабияттын маалыматтарына талдоо жасалды жана жалпыланды, иш жүзүндөгү материалдар топтолду жана иштетилди, жеке изилдөөлөрдүн алынган маалыматтарын статистикалык иштетүү, талдоо жана жалпылоо жүргүзүлдү, макалалар жарыяланды жана диссертациялык иш жыйынтыкталып таризделди.

**Диссертациянын жыйынтыктарын апробациялоо.** Диссертациянын негизги жоболору “Дары каражаттары – дарыларды сапаттуу пайдалануу жөнүндө маалымат” Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Казань, 15-16-октябрь, 2010); Европа жана Россия: Өнүгүү багыты. Шайкештөө: “АР кандай деңгээлдерде саламаттыкты сактоо системаларында медициналык технологияларды баалоонун практикалык аспекти” эл аралык форумунда (Москва, 4-5-декабрь, 2012); “Клиникалык фармакология – рационалдуу дары-дармек менен дарылоонун негизи” Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Алматы, 4-декабрь, 2014); “Далилдөө медицинасы: жетишкендиктер жана тоскоолдуктар (QiQUM 2015)” эл аралык конференциясында (Казань, 7-8-декабрь, 2015); “Рационалдуу дары-дармек менен дарылоо” XII Эл аралык конгрессинде (Санкт-Петербург, 5-7-октябрь, 2017); “Калктын саламаттыгын сактоодогу заманбап фармакологиянын, клиникалык фармакологиянын жана фармациянын ролу” Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Бишкек, 22-23-ноябрь, 2017); Россиянын фармакологдорунун “Жаңы дарыларды издөөнүн жана жасоонун илимий



негиздери” V Съездинде (Ярославль, 14-18-май, 2018) баяндалган жана талкууланган.

**Диссертациянын жыйынтыктарын басылмаларда чагылдыруунун толуктугу.** Диссертациялык изилдөөнүн темасы боюнча 36 илимий жана методикалык иш, анын ичинде 13 илимий макала КР ЖАК сунуштаган мезгилдүү рецензиялануучу илимий журналдарда жарыяланган.

**Диссертациянын түзүмү жана көлөмү.** Диссертациялык иш киришүүнү, адабий серепти, “Изилдөөнүн материалдары жана методдору” главасын, өздүк изилдөөлөрдүн жыйынтыктарын сүрөттөө менен 4 главаны, корутундуларды, практикалык сунуштарды, 331 булактан, анын ичинде 141 орус жана 190 англис тилиндеги булактардан турган пайдаланылган адабияттар тизмесин камтыйт.

Диссертациянын тексти компьютерде, Times New Roman 14 шрифти менен 1,5 сап ортосундагы аралык менен аткарылган 375 текст бетинде баяндалган, 80 таблицаны, 74 сүрөттү, 5 формуланы, 9 тиркемени камтыйт.

## **ИШТИН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ**

**“Медициналык жардамдын сапатын жакшыртуу маселелеринде практикалык саламаттыкты сактоо үчүн дары каражаттарын рационалдуу пайдалануу концепциясын жана далилдөө медицинасынын принциптерин жүзөгө ашыруу”** деп аталган биринчи главада дүйнө жүзүндө ДК рационалдуу эмес пайдалануу көйгөйлөрү боюнча илимий адабияттын маалыматтары жалпыланды, ДК рационалдуу пайдалануунун бардык аспектерин изилдөө, дарылоо стандарттарына ылайык ДКРП оптималдаштыруу; ДМ принциптерине негизделген клиникалык колдонмолорду иштеп чыгуу процесстерин стандартташтыруу, адистер жана бейтаптар үчүн ДК жөнүндө көз карандысыз ишенимдүү маалыматты берүү зарылчылыгы негизделди.

Жүргүзүлгөн талдоо биздин өлкөдө Кк жана Кп иштеп чыгууда, жаңыртууда жана киргизүүдө, ЖМДТК кайра кароодо медикаментоздук терапияга мониторинг жүргүзүү маселелерине татыктуу көңүл бурулбайт деп корутунду чыгарууга мүмкүндүк берет. Заманбап адабияттардын маалыматтарын жалпылоонун негизинде ДК рационалдуу пайдалануу жана ийгиликтүү кийлигишүү чараларын иштеп чыгуу боюнча бар болгон көйгөйлөрдү изилдөө зарылчылыгы негизделет, бул болсо ушул диссертациялык изилдөөнүн тандалган темасынын актуалдуулугун аныктайт.

2-глава **«Изилдөөнүн материалы жана методдору»**. Изилдөө 6 этапта жүргүзүлдү.

**I этапта** жеткиликтүү жана объективдүү маалыматты издөө, ДКРП жана ДМ практикалык саламаттыкты сактоого киргизүү көйгөйлөрү боюнча россиялык жана чет өлкөлүк авторлор жарыялаган иштерди изилдөө жүргүзүлдү.

Изилдөөнүн **II этабында** КР ЖМДКТин ДСУ Моделдик НДКТ менен шайкештөө боюнча салыштырмалуу талдоо өткөрүлдү. Маалыматты издөө үчүн ГРЛС ДЛО жана МТ, РФ ДКМР, PubMed, MEDLINE, PreMEDLINE, TRIP, Drugs.com, Medscape, FDA пайдаланылды. PubMed жана TRIPда издөөдө издөөнүн айрым чектөөлөрү бар PICO методу пайдаланылды, табылган жарыялоолор жарыялоолорду сын көз караш менен баалоонун куралдарынын жардамы менен (CATs RCT) бааланды. Ошондой эле бул этапта ЖМДКТ түзүү процедуралары боюнча 107 дарыгердин маалымдуулугу изилденди. Анкеттөө жана интервью алуу респонденттердин ыктыярдуу макулдугу менен өткөрүлдү.

Изилдөөнүн **III этабында** 48 клиникалык колдонмонун аларды иштеп чыгуу жана адаптациялоо боюнча методологиянын параметрлерине шайкештигине баалоо, КР ССМ бекиткен ЖЭО боюнча 9 Кк жана 1 Кп методологиялык сапатына AGREE жана AGREE II эл аралык куралдарынын жардамы менен сын көз менен баалоо, ЖЭО боюнча Кк жана Кпдо дары-дармек менен дарылоо боюнча бөлүмдөрүн эл аралык клиникалык колдонмолор менен салыштырмалуу талдоо жүргүзүлдү. Кк жана Кп практикада пайдалануу маселелерин изилдөө үчүн биз “пайдалануу детерминанттарын” изилдөө жүргүзүлдү: Кк жана Кп негизинде чечим кабыл алуучу адамдардын мүнөздөмөлөрүн изилдөө (243 дарыгер), ошондой эле Кк жана Кп бар болушу жөнүндө бейтаптардын маалымдуулугун изилдөө (51 бейтап).

Изилдөөнүн **IV этабында** ДК пайдалануунун аспекти изилденди – саламаттыкты сактоо уюмунун стационардык деңгээлинде ДК пайдалануунун түзүмүн, профилин жана тенденцияларын изилдөө максатында “паттерн” - изилдөө өткөрүлдү. Биз изилдөөнүн бул этабында аткаруу үчүн атайын форма-ДК пайдаланууну балоо боюнча 1378 карта чек-листтер иштелип чыккан (ДКПБ КЧБ).

Саламаттыкты сактоо уюмунун стационардык деңгээлинде ДК пайдалануунун сапатын изилдөө үчүн аларды ЖЭО боюнча Кк жана Кп менен салыштырдык: 2010-2017-жылдар мезгилиндеги ГБ, СД, ӨӨКО. Ошондой эле STOPP/START-чен белгилери куралы менен салыштыруу аркылуу улгайган курактагы адамдарда ДК пайдаланууга баалоо жүргүздүк, анткени изилдөөгө киргизилген бейтаптардын 71,6%ын улгайган курактагы бейтаптардын категориясы түзгөн.

Изилдөөнүн **V этабында** биз ДК пайдалануунун детерминанттарын социологиялык методдор менен изилдедик: ДК дайындаган 20 уюмдун башчыларынын, 200 дарыгерлердин мүнөздөмөсү (иш стажы, дары-дармек менен дарылоо боюнча чечим кабыл алганга таасирин тийгизүүчү факторлор); 95 бейтаптын мүнөздөмөсү (курагы, өнөкөт оорулардын болушу, билими, ДК жөнүндө чечим кабыл алууга таасирин тийгизген факторлор).

Изилдөөнүн **VI этабында** ЖМДКТ-2018 кирген 15 маанилүү ДК физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгү маселелери, ошондой эле

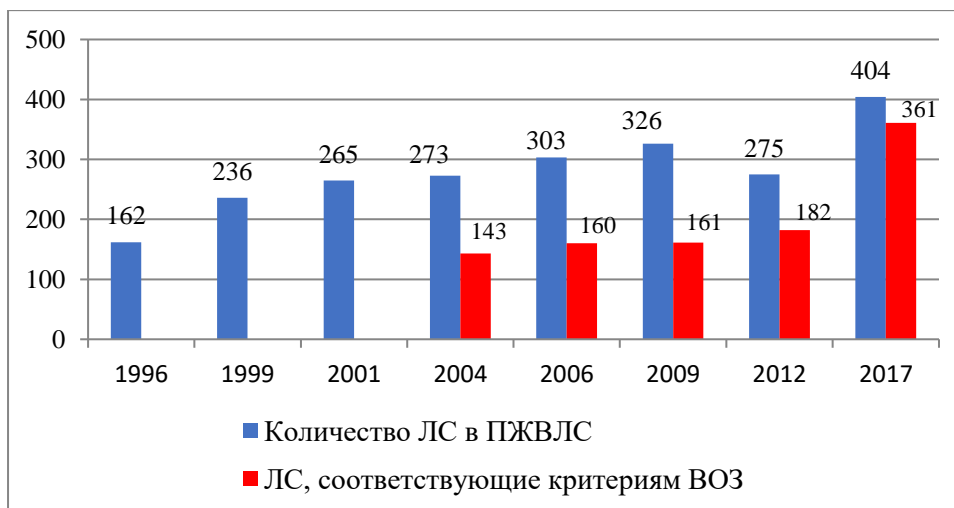
“өздүк чөнтөктөн” чыгымдарды жана ДПОМС боюнча жеңилдетилген чыгарууну эске алуу менен, ЖЭО боюнча Кк жана Кпдо сунушталган ДК экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн коэффициенти изилденди.

*Изилдөө методдору:* **I этапта** – керектүү иш жүзүндөгү маалыматтарды издөө, тандоо жана системалаштыруу, чогулган маалыматтарды талдоо. **II этапта** – маалыматтарды көчүрүү, аналитикалык, статистикалык талдоо; социологиялык методдор: анкеттөө, эксперттик баалоо, интервью алуу, дискуссиялар, фокус-топтор. **III этапта** – ЖЭО боюнча эл аралык жеткиликтүү on-line Кк издөө, аналитикалык, салыштырмалуу талдоо, AGREE жана AGREE II эл аралык куралдарынын жардамы менен сын көз менен баалоо, социологиялык методдор, Спирмен боюнча корреляциялык талдоо. **IV этапта** – маалыматтарды көчүрүү, аналитикалык, статистикалык талдоо, математикалык эсептөө. **V этапта** – анкеталык сурамжылоо, Спирмен боюнча статистикалык жана корреляциялык талдоо. **VI этапта** – ЖЭО караштуу ДК физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгүн эсептөө, экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн коэффициентин эсептөө.

Изилдөөнүн бардык этаптарында алынган маалыматтар EXCEL программасын STATISTICA, SPSS 16.0 for Windows, Спирмен боюнча корреляциялык талдоо статистикалык программалардын пакетин пайдалануу менен персоналдык компьютердин жардамы менен жалпы кабыл алынган статистикалык методдор аркылуу иштетилди.

**«Кыргыз Республикасынын жашоо үчүн маанилүү дары каражаттарынын тизмесине дары каражаттарын тандоону аналитикалык баалоо»** үчүнчү главада КР ЖМДКТне ДК тандоону талдоо, аларды ДСУ Моделдик НДКТ менен шайкештөө жана ЖЭО боюнча КР ЖМДКТ редакциясына киргизилген ДК түзүмү боюнча өздүк изилдөөлөрдүн жыйынтыктары берилди.

*3.1. 2004-2018-жылдары далилдөө медицинасынын позициясынан Кыргыз Республикасынын Жашоо үчүн маанилүү дары каражаттарынын тизмесин Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун негизги дары каражаттарынын Моделдик тизмеси менен шайкештөөнү талдоо.* Азыркы убакта КР Өкмөтүнүн токтому менен бекитилген КР ЖМДКТ 8 кайра кароо болгон. ЖМДКТнин бардык 8 редакциясын түзүүдө негиз катары мурдагы ДСУ Моделдик НДКТ редакциялары – 2003-ж., 2005-ж., 2009-ж., 2011-ж., 2015-ж. алынган. Белгилей кетсек, 2018-жылга чейин ДК ЭПА алдында фармакологиялык топтор тарабынан берилип келген. Биринчи ЖМДКТ-1996 тизмесинде ЭПА тышкары, ДК бирдик дозалар, бирдиктин баасы, жылдык керектөө менен берилген. 1996, 1999, 2001-жылдагы ЖМДКТ редакциялары ДСУ расмий сайтынын элеткрондук платформасында жок болгондуганан улам, аларды ДСУ Моделдик НДКТ менен салыштырууга мүмкүн болгон жок. Ушул себептен улам ЖМДКТ салыштырмалуу талдоону биз 2004-жылдан тартып жүргүздүк (1-сүрөт).

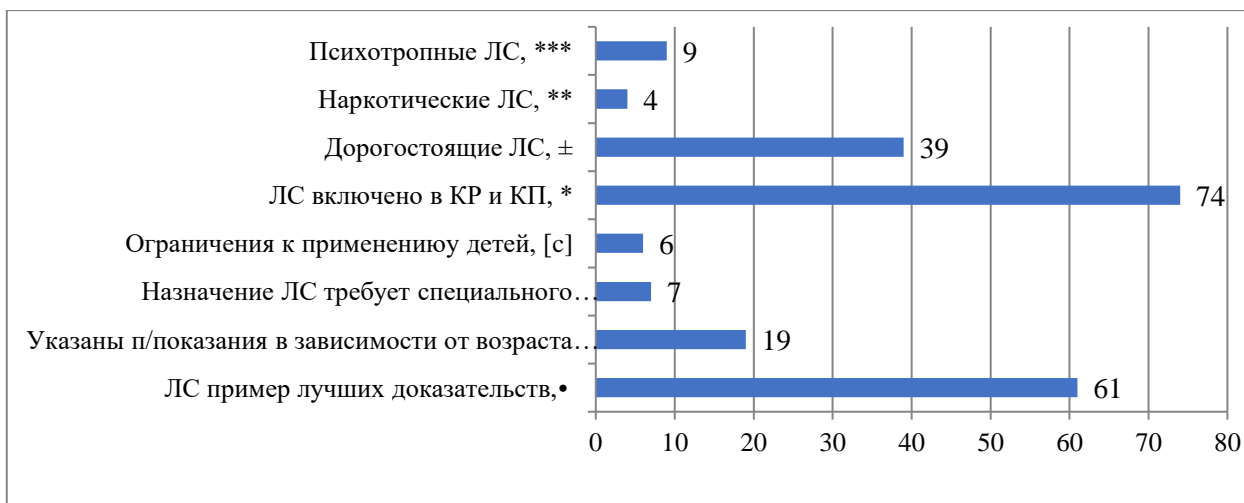


**1-сүрөт. ЖМДКТдеги ДК позицияларынын саны жана алардын ДСУ Моделдик тизмесине шайкештиги**

1-сүрөттө көрүнүп тургандай, КР ЖМДКТдеги ДК позицияларынын саны жана алардын ДСУ Моделдик НДКТдеги ДК санына катышы абдан айырмаланат. Олуттуу айырмачылыктар 2004-2009жылдардагы Тизмелерде болгон. 2012-жылдагы ЖМДКТде бул айырма 33,8%ды, ал эми ЖМДКТ-2018же болгону 10,6%ды түзгөн.

Биз ЖМДКТ-2012 түзүмүнө талдоо жүргүздүк жана ДСУ Моделдик НДКТ-2015ке шайкеш келген ЖМДКТ-2012ден ДК тизмеси түзүлдү, алар автоматтык түрдө ЖМДКТ-2018де калган (182 ДК). Ошондой эле ДСУ Моделдик НДКТ-2015те болгон, бирок ЖМДКТ-2012де жок 112ДК тизмеси (А тизмеси), ошондой эле ЖМДКТ-2012де болгон, бирок ДСУ Моделдик НДКТ-2015те жок болгон 93 ДК тизмеси (Б тизмеси) даярдалды. Жумушчу топтордо адистер талкуулагандан жана баалагандан кийин Б тизмесинде ЖМДКТ-2018 долбоору үчүн болгону 43 ДК калтырылган, тиешелүү түрдө 50 ДК алынып салынган. Жыйынтыгында ЖМДКТ-2018ге 409 ДК, анын ичинде ДСУ чен белгилерине шайкеш келбеген 43 ДК киргизилген. Бул ДК ар кандай ооруларды дарылоо боюнча Кк жана Кп кире турганын эске алуу менен, айрым препараттар адистер тарабынан альтернативалуу ДК катары же физикалык жана экономикалык жеткиликтүү эместик себебинен улам биздин өлкөдө ДСУ Моделдик НДКТдеги ДК жоктугунан улам сунушталган.

Акыркы ЖМДКТ-2018 кароодо биз бул дары каражатын ЖМДКТне киргизүүнү негиздеген өзгөчө көрсөтмөлөрдү белгилөө үчүн символ-белгилерди пайдаландык (2-сүрөт).



**2-сүрөт. ЖМДКТ-2017де шарттуу белгилери бар ДК саны**

Ошондой эле ЖМДКТ-2018 форматы кайра каралды, бардык ДК ДСУ форматына ылайык аларды колдонуу профили боюнча 30 бөлүм менен берилген.

Дарыгерлердин ЖМДКТ түзүү процедуралары жөнүндө маалымдуулугун изилдөөнүн жыйынтыктары респонденттердин 73%ы ЖМДКТ маанисин биле турганын, мында 75% учурда алар дары каражатын ЖМДКТне киргизүүнүн негизги чен белгиси катары далилденген натыйжалуулукту, 58% учурда – коопсуздукту, 50% учурда – арзан баасын, 42%да – дары каражатынын Кк жана Кпдо болушун эсептей турганын көрсөттү. Бирок 29% дарыгерлер ЖМДКТ кайра кароодо алардын жеке тажрыйбасы жана 5% - беделдүү адамдардын сунуштары дагы эске алынышы керек деп эсептешет. 12% респонденттер дары каражатын ЖМДКТне киргизүүдө өлкөдөгү оорунун түзүмү эске алынышы керектигин көрсөтүшкөн, бул жаатта алардын баасы мааниге ээ эмес (8%). Дарыгерлердин 28%ы гана дары каражатын ЖМДКТне киргизүү жөнүндө өтүнмөнү даярдоого катышканын, 88,2%ы – аны түзүү үчүн окуу өткөрүү зарылчылыгын көрсөтүшкөнүн белгилей кетүү керек.

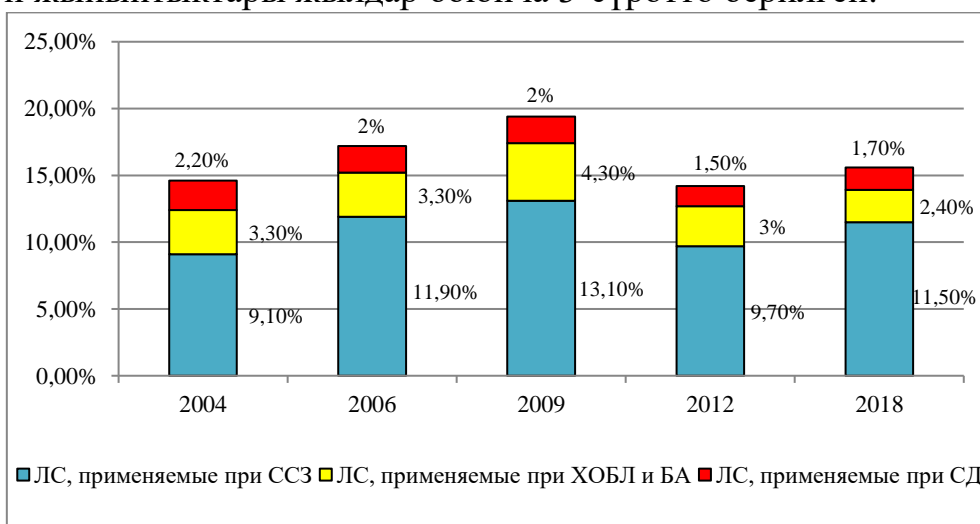
*3.2. Кыргыз Республикасынын Жашоо үчүн маанилүү дары каражаттарынын тизмесине киргизилген дары каражаттарын илимий негиздөө.* Биздин өлкөнүн ЖМДКТ бардык редакцияларында РКИ жыйынтыктары менен ырасталган далилденген натыйжалуулук жана коопсуздук сыяктуу ДК тизмеге тандоонун чен белгилерине ылайык келбеген дары каражаттарынын 12 фармакологиялык тобу болгон: спастикага каршы каражаттар, мээде кан айланууну жакшыртуучу каражаттар, ноотроптук каражаттар, антиферменттик активдүүлүгү бар заттар, ангиопротекторлор, гепатопротекторлор, спазмолитикалык каражаттар, метаболикалык процесстерди стимуляциялоочу каражаттар, амин кычкылдыктары, псориазга каршы каражаттар, сөөк резорбциясынын басаңдаткычтары, какырык чыгаруучу жана муколитикалык каражаттар, айрым паркинсонго каршы жана

антигистаминдик каражаттар, иммунодепрессанттар. Бул ДК тизмеден чыгарууну негиздөө үчүн биз ДМ боюнча эл аралык жеткиликтүү маалыматтар базасында далилдөө маалыматтарын издөөнү өткөрдүк: NICE, SIGN, PubMed, TRIP, Drugs.com, Medscape, FDA, WHO, BNF жана CATs куралы менен табылган жарыялоолорду сын көз менен баалоо өткөрүлдү.

Табылган жарыялоолорду сын көз менен баалоо бизге спастикага каршы каражаттардын; мээде кан айланууну жакшыртуучу каражаттардын; ноотроптук каражаттардын; антиферменттик активдүүлүгү бар ДК;, ангиопротекторлордун; спазмолитикалык каражаттардын; метаболикалык процесстерди стимуляциялоочу каражаттардын; сөөк резорбциясынын басаңдаткычтарынын натыйжалуулугу жана коопсуздугу бүгүнкү күндө далилденбегенин корутундулоо мүмкүнчүлүгүн берди. Бул жерде аталган топтордогу дарылар ЖМДКТ-2018ден негиздүү чыгарылганын белгилей кетүү керек.

УДХК, такролимус, эверолимус, микофенол кычкылдыгы, микофенолат, аминофиллин, теофиллин, амброксол, карбоцистеин дарылары боюнча, алар ЖМДКТ-2018ге аларды колдонуунун өзгөчө көрсөтмөсү менен – Кк жана Кпга ылайык бул ДК колдонуу профилине жараша киргизилгенин белгилей кетүү керек.

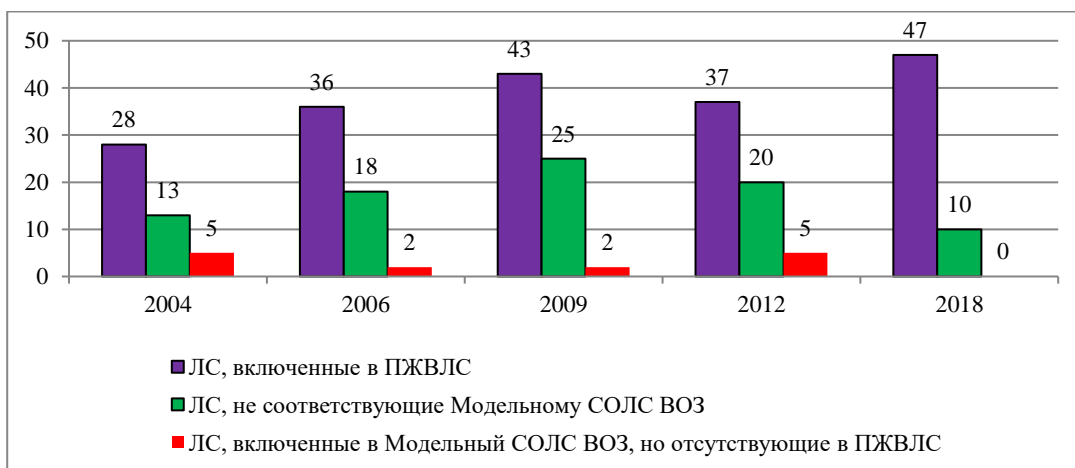
3.3. Кыргыз Республикасынын ЖМДКТ мазмунун далилдөө медицинасы позициясынан НИЗде колдонулуучу дары каражаттары (ГБ, ӨӨКО, СД) боюнча ДСУ Моделдик НДКТ менен салыштырмалуу талдоо. Саналган НИЗде колдонулуучу ДК ЖМДКТ жалпы түзүмүнө карата үлүшүн көрсөтүү менен талдоонун жыйынтыктары жылдар боюнча 3-сүрөттө берилген.



3-сүрөт. ЖЭО боюнча ЖМДКТдеги ДК үлүшү

3-сүрөттө көрүнүп тургандай, ЖКОда колдонулуучу ДК, бардык каралган КР ЖМДКТде алдыңкы позицияны ээлейт.

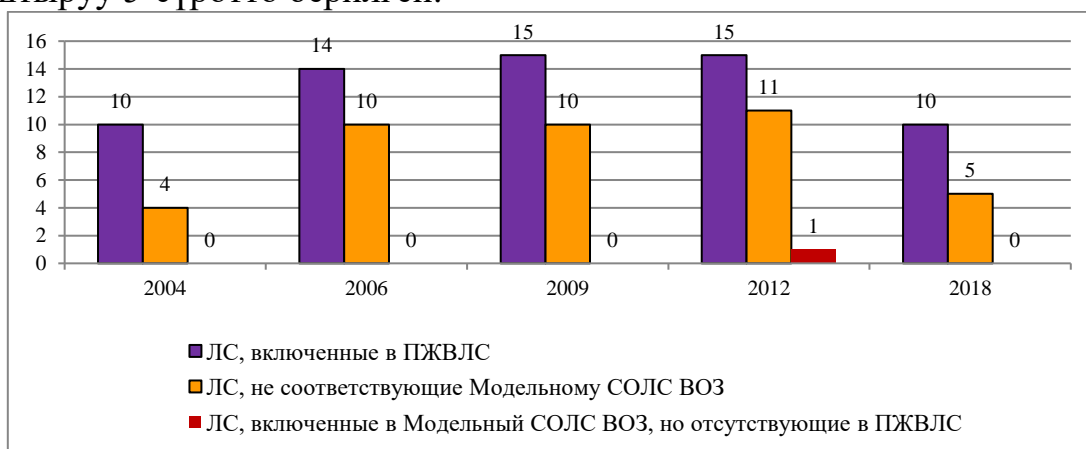
Биз ЖМДКТдеги бул бөлүмдөрдүн ДК мазмунун жана позициясын тиешелүү жылдар боюнча ДСУ Моделдик НДКТ менен салыштырдык (4-сүрөт)



**4-сүрөт. ЖКОде колдонулуучу ЖМДКТдеги ДК позицияларынын өзгөрүү динамикасы**

4-сүрөттө көрүнүп тургандай, ДСУ Моделдик НДКТне шайкеш келбеген ДК позицияларынын жана ДК санынын өсүү динамикасы байкалууда. ЖМДКТ-2004 тизмесинде киргизилген 28 ДК ичинен 46,4%ы, ЖМДКТ-2006да 36 ДК ичинен – 50%, ЖМДКТ-2009да 43 ДК ичинен – 58,1%ы, ЖМДКТ-2012де 37 ДК ичинен – 54%ы, ЖМДКТ-2018де 47 ДК ичинен – 21,2%ы ДСУ Моделдик НДКТне шайкеш келген эмес, тиешелүү редакциядагы ДСУ Моделдик НДКТде жок болгон. Дары формалары боюнча ДК талдоо ЖМДКТ-2004 тизмесинде ЖКОде колдонулган ДК ичинен сунушталган 52 дары формасынын ичинен болгону 40,3%ы, ЖМДКТ-2006да – 34,7%, ЖМДКТ-2009 – 37,8%, ЖМДКТ-2012 – 35,4%, в ЖМДКТ-2018 – 63,8% гана бул мезгилде колдонулган ДСУ НДКТне ылайык дары формаларына ылайык келээрин көрсөттү. Муну менен катар Моделдик НДКТдеги ДК дозаларына шайкеш келген ДК дозалары, жылдар боюнча түздү: ЖМДКТ-2004 тизмесинде болгону 27%, ЖМДКТ-2006 – 16,8%, ЖМДКТ-2009 – 21,4%, ЖМДКТ-2012 – 23,4%, ЖМДКТ-2018 – 53%.

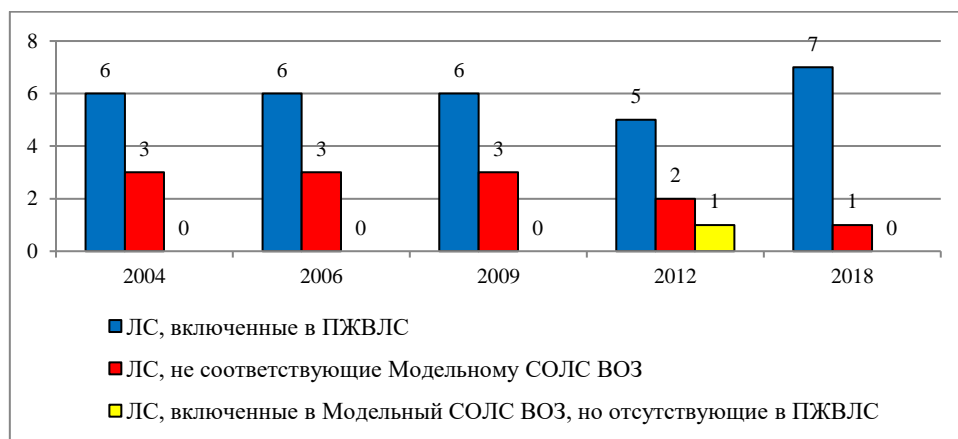
ӨӨКО жана Бада колдонулуучу ЖМДКТдеги ДК топтору боюнча позицияларды каралган мезгилдердеги ДСУ Моделдик тизмелери менен салыштыруу 5-сүрөттө берилген.



**5-сүрөт. ӨӨКО жана Бада колдонулуучу ЖМДКТдеги ДК позицияларынын ДСУ Моделдик НДКТ менен салыштырмалуу өзгөрүү динамикасы**

5-сүрөттөгү маалыматтарда көрүнүп тургандай, ДСУ Моделдик НДКТне ылайык келбеген ДК үлүшү түзгөн: 2004-жылдагы ЖМДКТде - 40%, ЖМДКТ-2006 – 71,4%, ЖМДКТ-2009 – 66,7%, ЖМДКТ-2012 – 73,3%, ЖМДКТ-2018 – 50%. Бул шайкеш келбестиктер ар бир кийинки ЖМДКТне бир фармакологиялык топтон бир нече ДК киргизилгендини менен байланыштуу («мен дагы» - «me too» категориясы). ЖМДКТ-2004 тизмесиндеги тиешелүү дары формаларынын салыштырмалуу салмагы 55,5%ды, ЖМДКТ-2006 – 61,5%, ЖМДКТ-2009 – 24,3%, ЖМДКТ-2012 – 16%, ЖМДКТ-2018 – 87,5%ды түзгөн, мында ДСУ чен белгилерине шайкеш келген дары дозалары ЖМДКТ-2004 тизмесинде 25,5% учурда, 2006-жылы –17,5%, 2009-ж. – 12,9%, 2012-ж. – 9%, 2018-ж. - 81,8% учурда кездешкен.

КДде ДСУ Моделдик НДКТ менен шайкештөө боюнча ЖМДКТ талдоо 6-сүрөттө берилген.



**6-сүрөт. КДде колдонулган ЖМДКТдеги ДК позицияларынын өзгөрүүлөр динамикасы**

6-сүрөттө көрүнүп тургандай, 2004-жылдан тартып 2009-жылга чейин ЖМДКТде ДСУ Моделдик НДКТне шайкеш келбеген 50% ДК болгон, 2012-жылы бул үлүш 40%ды түзгөн. КДде колдонулуучу ДК үчүн ЖМДКТде жана ДСУ Моделдик НДКТде киргизилген дары формаларын салыштыруу 2004-жылдан 2012-жылга чейин ЖМДКТде ДСУ чен белгилерине шайкеш келбеген дары формалары 62,5%ды түзгөнүн көрсөттү, ал эми 2018-жылы кайра кароодо мындай формалар болгон эмес. ЖМДКТне киргизилген ДК дозалары боюнча ДСУ Моделдик НДКТдеги дозаларга шайкештигине талдоонун жыйынтыктары 2004-жылдан тартып 2012-жылга чейин ДСУ чен белгилерине шайкеш келген дозалар туруктуу (ДК 5 дозасы) болгонун көрсөтүп турат. ДСУ чен белгилерине шайкеш келбеген ДК дозаларынын арасындагы чоң өзгөрүүлөр болгон: ЖМДКТ-2004 -73,7% учур, ЖМДКТ-2006 жана 2009 –78,3% учур, ЖМДКТ-2012 –76,2% учур. ЖМДКТ-2018де КДде колдонулуучу ДК шайкеш келбеген дозалары таптакыр жок.

Биздин өлкөнүн ЖМДКТ мазмундук бөлүгүн белгиленген ЖЭОколдонулуучу дарылар боюнча, ДСУ Моделдик НДКТ менен



салыштырмалуу талдоонун жыйынтыктары, каралган убакыт аралыгында, белгисиз себептерден улам, ДК Тизмеге тандоодо, ДСУ НДКТ сунушталган тизмесине салыштырмалуу олуттуу айырмалар болгонун көрсөттүк турат, муну бул иштеги кемчилик катары баалоого болот. 2018-жылы гана ЖМДКТ мазмуну ДСУ Моделдик НДКТ мазмуну менен шайкеш келтирилген.

**«Далилдөө медицинасы позициясынан Кыргыз Республикасындагы бекитилген клиникалык колдонмолордун жана протоколдордун экспертизасы»** төртүнчү главада КРда Кк иштеп чыгуу жана адаптациялоо боюнча методологиянын AGREE жана AGREE II эл аралык куралдарына шайкештигине карата 2010-2017-жылдары КР ССМ бекиткен Кк методологиялык баалоонун жыйынтыктары, эл аралык Кк менен салыштырмалуу ЖЭО дары-дармек менен дарылоо боюнча бөлүмдүн клиникалык мазмунун баалоолор, дарыгерлер жана бейтаптар арасында практикада Кк жана Кп пайдалануу детерминанттары боюнча маалыматтар берилген.

4.1. Бекитилген Кк аларды иштеп чыгуу жана адаптациялоо методологиясына шайкештигине карата ретроспективдүү баалоо, 2009-2017-жылдары Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо уюмдарында аларды пайдаланууну талдоо. 2009-2017-жылдары КР ССМ ар кандай оорулар боюнча 76 Кк, 159 Кп бекиткен (7-сүрөт).



7-сүрөт. КР ССМ бекиткен Кк жана Кп саны, жылдар боюнча

Мында 16% учурда гана тиешелүү Кп менен Кк берилгенин белгилей кетүү керек. Бекитилген Кп ичинен болгону 15,3%ы гана бекитилген клиникалык колдонмого негизделген. Биздин изилдөөнүн планы боюнча КР ССМ расмий сайтында жеткиликтүү болгон 48 клиникалык колдонмого алардын ДМга негизделген Кк иштеп чыгуу жана адаптациялоо методологиясынын параметрлерине шайкештигин баалоо үчүн талдоо жүргүзүлгөн. 48 Кк иштеп чыгуу методологиясынын шайкештигин баалоонун параметрлерин талдоонун жыйынтыктары 1-таблицада берилген.

**1-таблица–Кк иштеп чыгуу методологиясынын параметрлерине шайкештигин талдоо**

Баалоо параметрлери	% шайкештик	Баалоо параметрлери	% шайкештик
Иштеп чыгуу мөөнөтү көрсөтүлгөн	89,1	Маалыматты издөө стратегиясы сүрөттөлгөн	67,3
Жаңылоо мөөнөтү көрсөтүлгөн	95,6	Табылган маалыматты кошуу/чыгаруу чен белгилери сүрөттөлгөн	26
Медициналык жардам көрсөтүү этаптары көрсөтүлгөн	100	Табылган Кк таблица боюнча баалоо өткөрүлгөн (сапат, жаңылык, колдонуучулук, иш-аракет варианттары)	13
Колдонмону пайдалануучулардын максаттуу тобу аныкталды	8,7	Бөлүнгөн кийлигишүүлөр боюнча клиникалык сунуштар	34,8
МДЖТ курамы бардык керектүү адистерди камтыйт	34,7	Кк киргизүү планы сүрөттөлгөн	17,4
Ички жана тышкы рецензенттер көрсөтүлгөн	91,3	КР киргизүүгө мониторингдин стандарттары жана\же индикаторлору иштелип чыккан	30,4
Кызыкчылыктар жаңжалын декларациялоо боюнча пункт бөлүнгөн	67,4	Кк тиешелүү Кп менен бекемделген	26
Апробация өткөрүлгөн уюм көрсөтүлгөн	28,2	Кк бейтаптар үчүн ремайндералер менен бекемделген	28,2
SIGN боюнча сунуштардын далилдүүлүгүнүн деңгээлдери пайдаланылды – А, В, С, D	30,4	Кк адистер үчүн ремайндералер менен бекемделген	60,8

Сунуштардын далилдүүлүгүнүн деңгээли 100% учурда көрсөтүлгөн, бирок муну менен катар далилдүүлүк деңгээлинин градация шкаласы ар кандай болгон: айрым клиникалык колдонмолордо жана клиникалык протоколдордо 3 деңгээлдүү (А, В, С), башкаларда 4 жана 5 деңгээлдүү (А, В, С, GCP; А, В, С, Е, F), ошондой эле - 3-5 деңгээлдүү (I, II, III, IV, V) градация пайдаланылган, бул төрт деңгээлдүү - А, В, С, D градация сунушталган бекитилген методологияга шайкеш келбейт. А, В, С (+ I, II, III класс) боюнча далилдүүлүк деңгээлдери 39,2% учурда көрсөтүлгөнүн белгилей кетүү керек; А, В, С, GCP –7,7%; А, В, С, С+ - 3,8%, көрсөтүлгөн эмес –18,9% учур. Бекитилген градация 30,4% клиникалык колдонмодо гана пайдаланылган. Мында булакка шилтеме берип далилдүүлүк деңгээлин көрсөтүү менен, кийлигишүүлөр боюнча сунушталган сунуштамалар 34,8% клиникалык колдонмодо гана аныкталган.

Тилекке каршы, бардык клиникалык колдонмолордо (100%) сунушталган кийлигишүүлөрдү фармакоэкономикалык баалоо боюнча маалыматтар жок. Биздин изилдөөлөр менен төмөндөгү кемчиликтер дагы аныкталды – иштелип чыккан клиникалык колдонмолор жана клиникалык протоколдор мазмуну боюнча эч айырмаланбайт, бирок ар башка катары сунушталат.

Бекитилген Кк арасында иштеп чыгуу методологиясы көбүрөөк деңгээлде шайкеш келген: 88,9% СВГ, ВВГ, АВГ жана ЕВГ аныктоо, дарылоо жана алдын алуу боюнча Кк, 77,8% - АЖО боюнча Кк, 72,2% - ИКЖ жогорку бөлүгүнөн кан агуулар боюнча Кк. Гендердик зомбулуктан жабыркаган адамдарга психологиялык жардам көрсөтүү боюнча (16,7%), кургак учуктагы паллиативдик жардам (22,2%), балдар онкологиясы (27,8%) боюнча Кк иштеп чыгуучулар методологияны азыраак деңгээлде сакташкан, кардиология жатында – 55,6% түзгөн.

Андан ары биз ыктыярдуу маалымдалган макулдугу менен анкеттөө жана интервью алуу методу менен 243 дарыгердин жана 51 бейтаптын арасында саламаттыкты сактоо уюмдарында Кк жана Кп пайдалануунун детерминанттарын изилдедик. 65% адистер үчүн Кк жеткиликтүү экени аныкталды. Мында Кк жеткиликтүү формасы 83% респонденттер үчүн кагаз алып жүрчүлөр болуп саналат. Белгилей кетсек, 60% респонденттер Кк жана Кп пайдалануу боюнча окуудан өтүшкөн жана 45% учурда Кк жана Кп негизинде дарылоону туура көрүшөт, бирок муну менен катар респонденттер 12% учурда гана Кк жана Кпга ылайык дарылоо-диагностикалык кызмат көрсөтүүлөрдүн көлөмүн аткарууга мүмкүн болгонун көрсөтүшкөн. Саламаттыкты сактоо уюмдарынын жетекчилеринин жана дарыгерлердин Кк жана Кп сунуштарын аткарбоосунун себептери катары көрсөтүлгөн: 53% учурларда оорунун абалынын жекече өзгөчөлүктөрүнүн болушу, 51% учурда – саламаттыкты сактоо уюмунда керектүү жабдуунун жоктугу, 47% учурда – ДК жоктугу, 15% учурда – алардын мазмуну менен макул эместик, 13% учурда – ДК шайкеш келбеген дозасы жана колдонуу эселиги. Дарыгерлердин жоопторун салыштырууда Кк жана Кп сунуштарын сактоонун жана иш стажынын ортосунда карама-каршы корреляциялык көз карандылык аныкталган, б.а. дарыгердин иш стажы канчалык көп болсо, алар ошончолук азыраак Кк жана Кп жетекчиликке алышат (статистикалык маанилүүлүк,  $p < 0,05$ ).

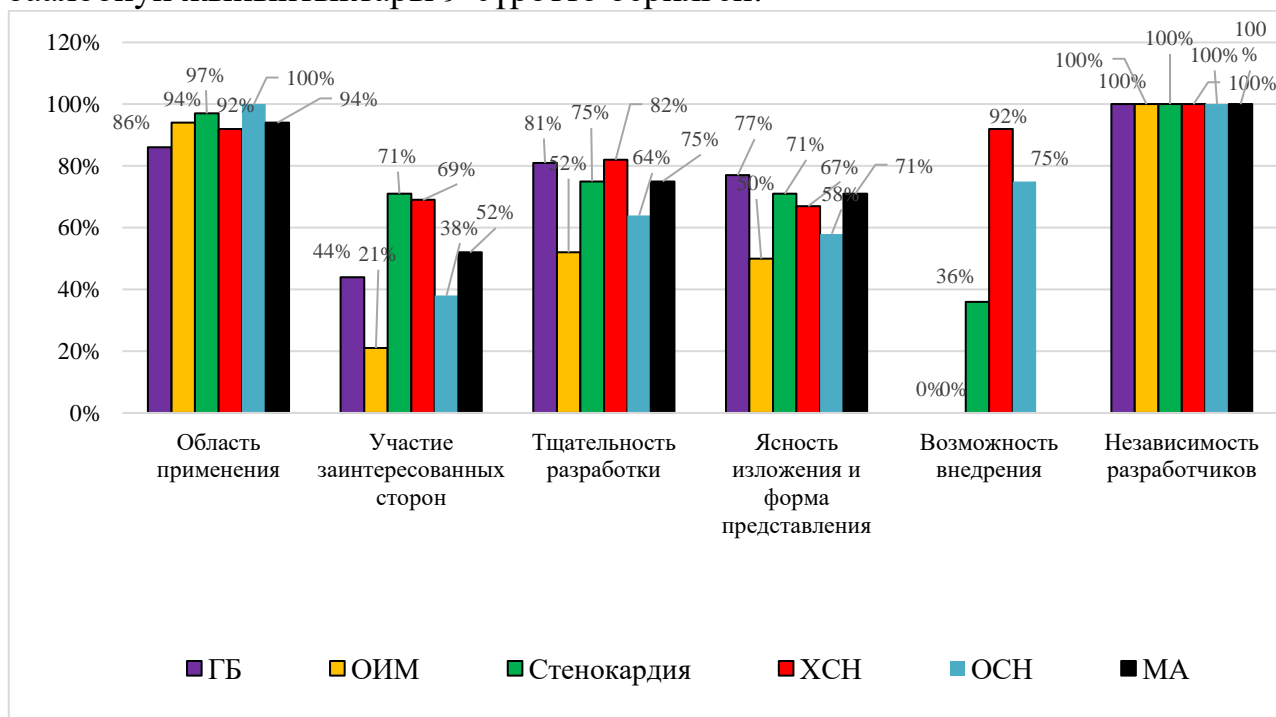
51 бейтаптын Кк жана Кп жөнүндө маалымдуулугун изилдөө үчүн биз бейтаптардын макулдугу менен аларды анонимдүү сурамжылоону өткөрдүк, ага 57% учурда оорунун курчушуна, 12% учурда – ооруканага жатуу үчүн, 10% - маалымкат/бейтап баракчасын алуу үчүн, 16% учурда ар кандай (туугандарын коштоп жүрүшөт) негизде медициналык жардамга кайрылган, 63% аялдар жана 37% эркектер катышты, алардын 4%ы – жооп беришкен жок. Мында 76% бейтап көрсөтүлгөн жардамга, ал эми 86%ы – дарыгердин компетенттүүлүгүнө канааттанган. Ошондой эле 86% респондент Кк жана Кп бар экени жөнүндө эч качан уккан эместиги аныкталган, бирок 41%ы медициналык жардам көрсөтүүдөгү жакшырууларды, 48%ы – медициналык жардамдын сапатынын жакшырганын белгилешкен, бирок 20%ы - *«анализдерди жеке менчик лабораторияларга тапшырабыз»*, 33%ы - стационарда кабыл алуу убактысынын же кабыл алуу күндөрүнүн санынын кыскарганын, бул *«аларга*

керектүү дарылануу же текшерилүү мүмкүнчүлүгүн бербей турганын» белгилешкен. Мында кызмат көрсөтүү үчүн 75% респондент дарыгерге өзүнүн демилгеси менен ыраазычылык билдирген.

Дары-дармек менен дарылоо маселеси боюнча 29% бейтап дарыгерлер жаңы методдор жөнүндө көрсөтмөлүү маалыматтык материалдарга ээ экенин көрсөтүшкөн, бирок 87% учурда бейтапты ооруканага жаткырууда бейтаптар «дары каражаттарын өзүбүздүн акчага сатып алабыз» деп көрсөтүшкөн.

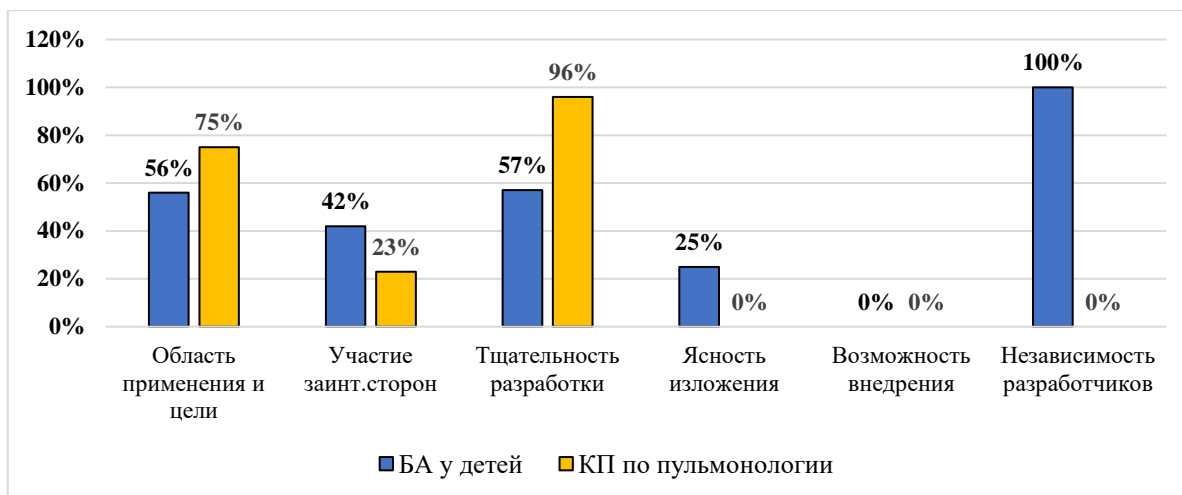
4.2. 2010-2017-жылдары Кыргыз Республикасында AGREE жана AGREE II эл аралык куралдарынын жардамы менен ЖЭО боюнча бекитилген клиникалык колдонмолордун методологиялык сапатын сын көз менен баалоо. AGREE куралы менен КР ССМ расмий сайтында жеткиликтүү болгон ЖЭО боюнча Кк, кардиология боюнча Кк, БА боюнча 1 Кк, саламаттыкты сактоонун биринчи жана экинчи деңгээлдери үчүн пульмонология боюнча 1 Кп жыйнагы, 2-типтеги КД боюнча 2 Кк (2010-ж., 2017-ж.) баалоого алынган. 2-типтеги КД боюнча Кк сапаты (2017-ж.) AGREE II куралын пайдалануу менен бааланган.

AGREE куралына ылайык ЖКО боюнча 6 Кк методологиялык сапатын баалоонун жыйынтыктары 9-сүрөттө берилген.



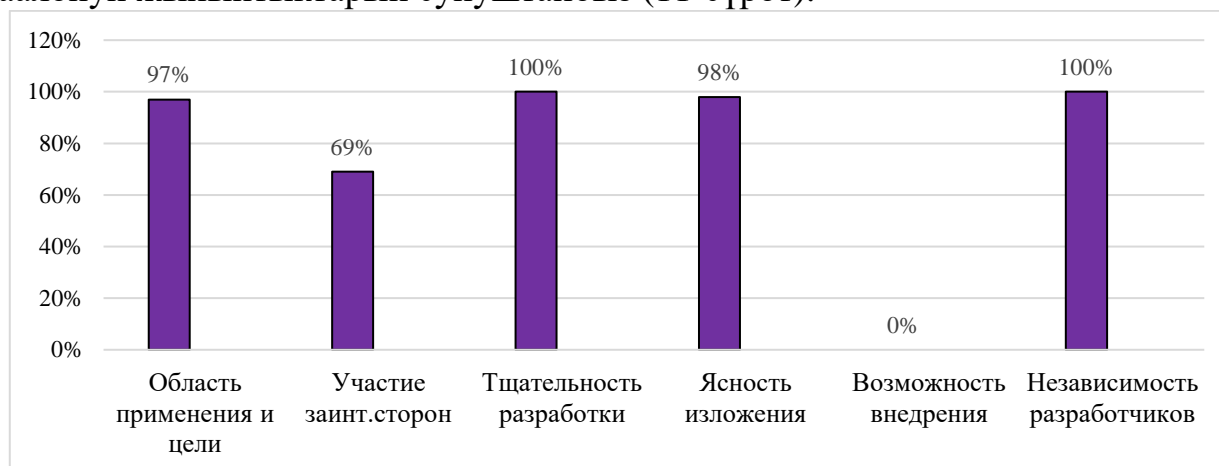
9-сүрөт. ЖКО боюнча Кк баалоонун стандартташтырылган баллдары

Саламаттыкты сактоонун биринчи жана экинчи деңгээлдери үчүн пульмонология боюнча Кп экспертизасы боюнча маалыматтар (2015) 10-сүрөттө берилген.



**10-сүрөт. Пульмонология боюнча Кк жана Кп баалоонун стандартташтырылган баллдары**

Мындан ары биз AGREE куралы боюнча саламаттыкты сактоонун биринчи деңгээли үчүн “2-типтеги кант диабетин аныктоо жана дарылоо” Кк баалонун жыйынтыктарын сунуштайбыз (11-сүрөт).



**11-сүрөт. 2-типтеги КД боюнча Кк баалоонун стандартташтырылган баллдары (2010)**

2017-жылдагы 2-типтеги КД боюнча Кк баалоо AGREE II куралынын жардамы менен өткөрүлдү, бул баалоонун жыйынтыктары 2-таблицада берилген.

**2-таблица - AGREE II куралына ылайык КД 2 боюнча Кк (2017-ж.) талдоонун жыйынтыктары**

Бөлүм	Бөлүмдүн аталышы	Стандартташтырылган балл
1	Колдонуу чөйрөсү жана максаты	54%
2	Кызыкдар тараптардын катышуусу	38%
3	Иштеп чыгуунун кылдаттыгы	27%
4	Баяндоонун түшүнүктүүлүгү	79%
5	колдонуучулук	0%
6	Редакциялык көз карандысыздык	92%
<b>Кк жыйынтыктоочу баасы</b>		<b>67%</b>

AGREE жана AGREE II куралдарын пайдалануу менен бекитилген КР Критикалык баалоонун жыйынтыктары тийиштүү профилдердин жана адистиктердин адистерин иштеп чыгууга тартуу менен байланыштуу белгилүү көйгөйлөр бар экенин көрсөттү. Бейтаптар МДЖТга киргизилген Кк жана Кпдо иштеп чыгуучулар бейтаптардын пикирлерин жана артыкчылыктарын билгени жөнүндө маалымат жок, бейтаптардын артыкчылыктары изилденген булактарга шилтемелер көрсөтүлгөн эмес. Ошондой эле сунуштарды түзүүдө иштеп чыгуучулар аларды тийиштүү далилдер менен бекемдешкен эмес. Айрым клиникалык колдонмодо сунуштар бөлүнүп көрсөтүлгөн эмес жана Кр текстинде жоголуп кеткен, бул аларды издөөнү жана кабыл алууну оорлотот. Кээде сунуштамалар конкреттүү эмес жана эки маанилүү берилген (образдуу айтканда “тигил дагы, бул дагы боло берет”). Бул фактылар бекитилген Кк негизинен Кк клиникалык мазмуну боюнча балоодон өткөнү жөнүндө күбөлөндүрүп турат, бул тууралуу адистерден алынган рецензиялар күбөлөндүрүп турат, бирок муну менен катар AGREE куралдарын пайдалануу менен аларды даярдоонун сапатына, ошондой эле биздин өлкөдө кабыл алынган Кк иштеп чыгуунун жана адаптациялоонун методологиясын сактоого баалоо жүргүзүлгөн эмес.

Ошентип, КР ССМ сайтындагы жеткиликтүү жана биз изилдеген Кк жана Кп мазмунун талдоо алардын баары эле AGREE жана AGREE II куралдары боюнча көпчүлүк чен белгилерге шайкеш келе бербестигин көрсөттү.

*4.3. ЖЭО боюнча КР ССМ бекиткен Кк жана Кп жана далилдөө медицинасына негизделген эл аралык Кк салыштырмалуу баалоо.* Салыштырууну жүргүзүү үчүн биз 2010-2017-жылдардагы NICE, SIGN, WHO жана башка тематикалык сайттардагы жеткиликтүү акысыз маалыматтар базасында эл аралык Кк издөөнү өткөрдүк

ГО боюнча клиникалык колдонмодо “ГО дарылоонун принциптери” дары-дармек менен дарылоо боюнча бөлүмдө ДК төмөндөгү топторун пайдалануу сунушталат: ТД/ТПД, БАБ, АК, ААФб, АРБ, ААБ. Биз сунуштамадагы ар бир топту эл аралык колдонмолордогу сунуштамалар менен салыштыруу үчүн алардын ар бирин талдоого алдык. Биздин ГО боюнча клиникалык колдонмолордо далилдүүлүк деңгээлин көрсөтүү менен ТД колдонуу боюнча сунуш берилген, бирок тандоо ДК аныкталган эмес, болгону 3 ДК: гидрохлортиазид, хлорталидон, индапамид мүнөздөмөсү гана берилген. Ошондой эле алардын ЖДР жана каршы көрсөтмөлөрү көрсөтүлгөн. ТД/ТПД колдонуу боюнча эл аралык клиникалык колдонмолордогу сунуштамаларды салыштыруу коопсуздукка мониторинг, тандоо препараты (хлорталидон) планында биздин сунуштарды жаңылоо, аларды дайындоо көрсөтмөлөрүнө ЖЖ жана АК карата толерантутуулукту кошуу керек. Эл аралык клиникалык колдонмолордо узак таасирине жана ССС өнүгүү жана ГБдан улам өлүм

тобокелдигин төмөндөтүү менен байланыштуу хлорталидонду колдонуу сунушталат. Бирок, муну менен катар хлорталидон ЖМДКТге кирбегенин жана ДК жана МТД ГРЛС жок экенин, ага ылайык өлкөгө ташылып келинбегенин белгилей кетүү керек. Индапамид дарысы ЖМДКТ-2018ге киргизилген, бирок ДСУ Моделдик НДКТде жок, ДК жана МТД ГРЛСте бул дары препараты боюнча 6 позиция, бирок ААФб (периндоприл+индапамид) менен белгиленген комбинация формасында көрсөтүлгөн. Гидрохлортиазид ЖМДКТ-2018ге киргизилген жана ДСУ Моделдик НДКТне шайкеш келет, реестрде анын ААФб жана АРБ менен белгиленген комбинациясы гана чагылдырылган (27 позиция).

Андан ары клиникалык колдонмодо таасир этүү механизми, липофилдик жана гидрофилдик БАБ салыштырмалуу натыйжалуулугу менен БАБ тобу берилген, мында гидрофилдик БАБда (атенолол) ССО өнүгүү тобокелдигинин алдын алуу жана ГБдан өлүмдү төмөндөтүү жөндөмдүүлүгү жоктугу белгиленген, ошондой эле аларды колдонууга көрсөтмөлөр А далилдүүлүк деңгээли менен (стенокардия, баштан өткөргөн МИ, тахиаритмия, СН, СД), В далилдүүлүк деңгээли менен (кош бойлуулардагы АГ), D далилдүүлүк деңгээли менен (операция алдындагы АГ, гипертиреоз) көрсөтүлгөн. БАБ боюнча маалыматты дозалоодогу өзгөчө көрсөтмөлөр, дайындоону токтотуу тууралуу, 60 жаштан кичүү бейтаптарда, ошондой эле туруктуу стенокардия, сол карынчанын систоликалык дисфункциясы менен айкалышканда монотерапия катары колдонуу жөнүндө маалыматтар менен толуктоо, комбинацияланган дарылоо натыйжасыз болгондо аларды дайындоону кароо керек. Ошондой эле 60 жаштан кичүү бейтаптар үчүн БАБ олуттуу ССОО алдын алуу үчүн клиникалык жана экономикалык жактан азыраак натыйжалуу дары препараты болуп саналат, метаболикалык синдрому бар, жүрөктүн клапаны бузулган бейтаптарга сунушталбайт.

ГО боюнча клиникалык колдонмого ылайык ЖМДКТ-2018ге БАБ тобунун ичинен өзгөчө көрсөтмөлөр боюнча эскертүүлөрү менен төмөндөгүлөр киргизилген – бисопролол, метопролол, карведилол, атенолол. ДК жана МТДнин Реестринде бисопрололдун 39 позициясы, метопрололдун 2 позициясы, карведилолдун 3 позициясы, атенололдун 5 позициясы бар.

ГО боюнча клиникалык колдонмодо АК боюнча бөлүмдө бул топтун фармакологиялык таасирлери боюнча маалымат берилген, алардын натыйжалуулугун жана коопсузугун изилдөө боюнча ар кандай изилдөөлөр, аларды дайындоого карата көрсөтмөлөр, дозалар боюнча мүнөздөмөлөр, эселиги жана ЖДР сүрөттөлгөн. Бул төмөндөгү дарыларга тиешелүү: нифедипин-ретард, нифедипин ГИТС, амлодипин, фелодипин, исрадипин, никардипин, нисолдипин, верапамил-ретард, дилтиазем-ретард. Бирок алардын кайсынысы тандоо препараты боло алаары жөнүндө маалымат жок. АК колдонуу боюнча биздин адистер иштеп чыккан клиникалык колдонмолордогу сунуштар эл аралык клиникалык колдонмолордогу сунуштардан эч

айырмаланбайт. Бирок аларда биздин клиникалык колдонмолорду жаңылоодо кошуу керек болгон өзүнчө позициялар бар. Мисалы, 55 жаштан улуу куракты, каршы көрсөтмөлөрдө – ЛЖ чыгындысынын төмөнкү фракциясы менен СН, шишикти, ЖЖ жогорку тобокелдигин көрсөтүү. АК тобунан ЖМДКТ-2018ге киргизилген – амлодипин, верапамил. ДК жана МТД Реестринде нифедипиндин бир нече позициясы, нифедипин-ретарддын бир позициясы, 22 - амлодипин, 14 - ААФб менен, 13 – АРБ менен, 4 – статиндер менен белгиленген комбинациялардын позициялары катталган. Муну менен катар, клиникалык колдонмодо көрсөтүлгөн АК ичинде башка дары препараттары реестрде жана биздин өлкөнүн фармарыногунда жок (фелодипин, исрадипин, никардипин, нисолдипин, верапамил, дилтиазем).

ГО боюнча биздин клиникалык колдонмолордо ААФб тобу боюнча таасир этүү механизми, бул топтун натыйжалуулугу жана коопсуздугу боюнча далилдер, аларды дайындоого карата көрсөтмөлөр сүрөттөлгөн. ААФб ичинен бир катар препараттардын мүнөздөмөлөрү берилген – каптоприл, эналаприл, лизиноприл, цилазаприл, периндоприл, рамиприл, квиналаприл, фозиноприл. ГО боюнча клиникалык колдонмолордогу сунуштар эл аралык клиникалык колдонмолордон бир аз гана айырмаланат, бирок ААФб боюнча сунуштарды ААФб менен дарылоону баштоонун курактык категориясы, жагымсыз комбинациялар, гиперкалиемия тобокелдигин жогорулатуу, дары-дармек менен дарылоодо калийдин деңгээлине мониторинг жүргүзүү мүмкүнчүлүгү, БӨО бар бейтаптарды дарылоо жаатында толуктоо мүмкүнчүлүгүн кароо керек.

Белгилей кетсек, саналган ААФб ичинен ЖМДКТ-2018ге каптоприл, эналаприл, лизиноприл киргизилген. Муну менен катар ДК жана МТД реестринде бар: каптоприлдин 2 позициясы, 19 – эналаприл, 4 - эналаприл+гидрохлортиазид белгиленген комбинациясы, 22 позиция – лизиноприл, 2 – лизиноприл+гидрохлортиазид, 6 - лизиноприл+амлодипин, 8 – периндоприл, 8 – периндоприл +амлодипин, 7 - периндоприл+индапамид, 10 – рамиприл, 2 – рамиприл+гидрохлортиазид, 2 – фозиноприл. Ошентип, ААФб тобу өлкөнүн фармацевтика рыногунда жетиштүү өлчөмдө берилгени көрүнүп турат.

ГО боюнча клиникалык колдонмодо АРБ таасир этүү механизми, АРБ алгылыктуу болуп саналган клиникалык кырдаалдарды көрсөтүү менен алардын натыйжалуулугун жана коопсуздугун баалоо боюнча далилдер менен берилген. Дары препараттарынын башка топтору сыяктуу эле алар далилдүүлүк деңгээлин көрсөтүү менен колдонууга карата көрсөтмөлөр менен, бирок бул маалыматтарды ырастаган шилтемелерсиз берилген. АРБ препараттарынын арасында лозартан, ирбесартан, кандесартан, вальсартан, эпросартан саналган. Берилген эл аралык сунуштардын ичинен биздин клиникалык колдонмого АРБ колдонуу боюнча кошумча маалыматты кошууга болот, бирок биздин клиникалык колдонмолордогу сунуштар эл аралык колдонмолордон көп



айырмаланбайт. АРБ тобундагы дары препараттары ЖМДКТ-2018ге киргизилген (кандесартан жана лозартан), бирок ДСУ НДКТде алар баасына байланыштуу жок, бирок аларды баасы арзан болгондо кеңири пайдаланууга болот. ДК жана МТД реестринде лозартандын 3 позициясы, 15 анын комбинациясы – лозартан+амлодипин, 4 – лозартан+гидрохлортиазид, 3 – ирбесартан, 8 – ирбесартан+гидрохлортиазид, кандесартан жана вальсартандын 2ден позициясы катталган, ал эми эпросартандыкы жок.

ГО боюнча клиникалык колдонмодогу кийинки каражаттардын тобу – ААБ дагы таасир этүү механизминен тартып, алардын натыйжалуулугун жана коопсуздугун изилдөө, бул топтогу дары препараттарынын мүнөздөмөлөрү (празозин, теразозин, доксазозин) классикалык тартипте сүрөттөлгөн, колдонууга карата көрсөтмөлөр ЭБЗЭГ жана атерогендик дислипидемия менен гана чектелген. ГО боюнча биздин клиникалык колдонмолордо ААБ пайдалануу боюнча сунуштамалар эл аралык сунуштардан айырмаланбайт, бирок аларда дислипидемияда ААБ колдонуу тууралуу көрсөтүлгөн эмес. ЖМДКТ-2018ге бул топтогу дарылар баасынын кымбаттыгынан жана колдонууга карата чектелүү көрсөтмөлөрүнөн улам киргизилген эмес. ДК жана МТД Реестринде бир өндүрүүчүдөн гана доксазозиндин 2 позициясы бар.

Биздин изилдөөлөрдүн планы боюнча салыштыруу аспектинде ГО комбинацияланган дарылоо боюнча сунуштар дагы изилденди, алар монотерапия натыйжасыз болгондо сунушталат. Эл аралык клиникалык колдонмолордо төмөндөгү рационалдуу комбинациялар сунушталат: ТД+БАБ, ТД/ТПД+ААФб, дигидропиридиндик АК+БАБ, АК+ААФб, БАБ+ААБ. Биздин клиникалык колдонмолордо сунушталган комбинацияларды талдоо эл аралык сунуштардан биз БАБ+ААБ комбинациясын таба албаганыбызды көрсөттү. ГО боюнча биздин клиникалык колдонмодо мындай комбинациялар сунушталган, бирок муну менен катар кандай коморбиддик абалдарда алар ГО менен алгылыктуу болоору көрсөтүлгөн эмес.

АГК боюнча сунуштарды түзүүдө тандоо дары препаратын конкреттүү көрсөтүү керек, анткени клиникалык протоколдо «*me too*» категориясындагы ДК бар. Ушундан улам, АГТ ГБ, көрсөтмөлөр жана аларды колдонуу боюнча өзгөчө көрсөтмөлөр, дарылоого мониторинг боюнча сунуштарды жаңылоо керек.

2-типтеги КД боюнча сунуштарды баалоо үчүн (2017) биз биздин КД боюнча клиникалык колдонмолордо көрсөтүлгөн шилтемелер боюнча эл аралык Кк издөө өткөрүлдү. Тилекке каршы, биздин клиникалык колдонмодо саналган 12 булактын ичинен 2 гана Кк табылды жана кошумча издөөдө биз дагы 2 Кк таптык. Бардык клиникалык колдонмолордо метформин (МФ) 2-типтеги КД баштапкы дарылоодо тандоо дары препараты болуп саналат. 2-типтеги КД боюнча биздин клиникалык колдонмодо кантты төмөндөтүүчү ДК бардык топтору, алардын фармакологиялык мүнөздөмөлөрү саналган, бирок

аларды колдонуу боюнча далилдүүлүктүн деңгээли берилген эмес. Далилдүүлүк деңгээлдерин көрсөтүү менен дары-дармек менен дарылоо боюнча 4 сунуш гана бар. Биздин сунуштардан айырмаланып SIGNде метформинден тышкары, ооз аркылуу киргизилүүчү кантты төмөндөтүүчү ДК башка топторун - ПСМ, ДПП-4б, а-ГПП-4, иНГЛТ-2, ТД колдонуу боюнча, ошондой эле инсулин препараттарын колдонуу боюнча сунуштар берилген. NICE сунуштарында балдарда жана жаштарда 2-типтеги КД аныктаганда МФ колдонуу боюнча бир гана сунуш көрсөтүлгөн. Калган бардык сунуштар 1-типтеги КД жана оорлошууларды дарылоого, агартуу иш-чараларына арналган. ДСУ клиникалык колдонмосу негизинен МФ менен гликемиялык контролго жетпеген же ага карата каршы көрсөтмөлөр болгон бейтаптардын ПСМ пайдалануусу боюнча дары-дармек менен дарылоонун 2 жана 3-линиясынын маселелерин, дарылоону инсулин же ДПП-4б, иНГЛТ-2, ТД менен интенсификациялоону, адам инсулинин жогору баалоону, адам инсулининен оор гипогликемияларда инсулиндин аналогдорун дайындоону чагылдырат. Канадалык клиникалык колдонмолордо ЖКО коштогон декомпенсациясы бар бейтаптарды жүргүзүү боюнча сунуштар көрсөтүлгөн.

2-типтеги КД боюнча клиникалык колдонмодо (2018) жана эл аралык клиникалык колдонмолордо саналган бардык дары каражаттарынын ичинен ЖМДКТ-2018ге инсулин, МФ, гликлазид, глибенкламид, глимепирид, глюкагон киргизилген, алар ДСУ чен белгилерине толук шайкеш келет. Ушундан улам бул ДК ДК жана МТД реестринде бар.

ӨӨКОдагы дары-дармек менен дарылоону баалоо үчүн биз пульмонология боюнча бекитилген КП жыйнагын пайдаландык (2015-ж.). Бул жыйнакка оорулардын чоң тизмеси, анын ичинде ӨӨКО киргизилген. Тилекке каршы, ӨӨКО боюнча өзүнчө Кк иштелип чыккан эмес. Дары-дармек менен дарылоо боюнча берилген сунуштарда далилдүүлүк деңгээли көрсөтүлгөн эмес, бирок фармакологиялык эмес кийлигишүүлөр боюнча сунуштарда алардын көрсөтмөсү бар, КП бардык сунуштары 2011 жана 2014-жылдардагы GOLD колдонмолорго негизделген. Дарылоодо дозаланган аэрозоль түрүндө ингаляциялык ДК пайдалануу, мында узак таасир берүүчү бета<sub>2</sub>-агонисттерге жана М-холинolitikтерге басым жасоо сунушталат, альтернатива катары теофиллин сунушталат, дарылоонун натыйжалуугун жогорулатуу үчүн аны бронходилататорлор менен комбинацияда колдонуу сунушталат. Сунушталган препараттар клиникалык протоколдо бир жолку дозаларды жана таасиринин узактыгын көрсөтүү менен берилген. Сунуштарга ылайык, узак таасир берүүчү бронходилататорлордун ичинен төмөндөгүлөр берилген: формотерол, индакатерол, тиотропия бромид. Муну менен катар, муколитикалык каражаттарды жана протеолитикалык ферменттерди пайдалануу сунушталбайт. ӨӨКО дары-дармек менен дарылоо тактикасы клиникалык картинанын ачыктыгына, ОФВ<sub>1</sub> постбронхиалдык маанисинин чоңдугуна жана бир

жылдагы курчуу жыштыгына жараша бейтаптардын топтору үчүн берилген. Дарылоо тобуна жараша дары-дармек менен дарылоонун 1, 2-линиялары жана альтернативалуу дарылоо сунушталат. Мында клиникалык протоколдо бейтаптарды кандай чен белгилер боюнча бул топторго бөлүү керектиги сүрөттөлгөн эмес. ӨӨКО боюнча клиникалык протоколдогу GOLD 2017 жана 2018 колдонмолорундагы дары-дармек менен дарылоо боюнча сунуштар окшош, айырмасы GOLD колдонмосунда дары препараттарын колдонуу боюнча далилдүүлүк деңгээли көрсөтүлгөнүндө гана турат.

**«Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо уюмдарында дары каражаттарын рационалдуу пайдаланууну баалоо»** бешинчи главада ар кандай аспекттерде саламаттыкты сактоо уюмдарында ДК пайдаланууну фармакоэпидемиологиялык талдоонун жыйынтыктары берилген.

*5.1. КР саламаттыкты сактоо уюмдарында дары каражаттарын пайдаланууну фармакоэпидемиологиялык талдоо.* Биз 2014-2016-жылдары Бишкек шаарындагы саламаттыкты сактоо уюмдарынын дарылоо бөлүмдөрүндө стационардык дарыланган, 52%ы эркектерден, 48%ы аялдардан жана 71,6% учурда – улгайган курактагы адамдардан турган бейтаптардын 1378 бейтап баянынын дайындоолор баракчаларына ретроспективдүү фармакоэпидемиологиялык талдоону жүргүздүк. Талдоого алынган бейтап баяндарында негизги диагноз боюнча жалпысынан 17 нозология белгиленген. Мында 31% басымдуулук кылган даигноз КД болгон, андан кийин ДЦЭ – 22% жана азаюу тартибинде бөлүнгөн: диабеттик полинейропатия (21%), диабеттик ангиопатия (16%), цервикокраниалгия (14%), ГО (9%), КБС (7%), люмбалгия (7%) ж.б. Коштоочу диагноздордун арасында ГО (51%), семирүү (24%), гиперхолестеринемия (23%), тамырлар атеросклерозу (22%), ДЦЭ (19%), ӨЖЖ (18%) басымдуулук кылат.

Ооруканага жаткан күндүн орточо саны 43% бейтапта 6-10 күндү жана 33%да – 11-15 күндү түзгөн. Дайындалган ДК тизмесинде ар кандай фармакологиялык топтогу бардыгы 30 дары препаратынын аталышы берилген, мында ДП 30% учурда гана ЭПА менен, 70% учурда – ар кандай соода аталыштар менен көрсөтүлгөн, бул ДСУ ДКРП принциптерине шайкеш келбейт. Жүргүзүлгөн дары-дармек менен дарылоону баалоо максатында биз ЖЭОда фармакоэпидемиологиялык талдоо жүргүздүк.

КД негизги диагнозу менен 425 бейтапты дары-дармек менен дарылоодо ар кандай фармакологиялык топтордогу 22 дары препараттан турган 2218 дайындоо жасаган, алар 36,4% учурда ЭПА менен жана 63,6 % учурда – ар кандай соода аталышы менен көрсөтүлгөн. Терапия бөлүмүндө КД дары-дармек менен дарылоо 71% учурда метформин дарысы менен жүргүзүлгөн, бул 2-типтеги КД боюнч клиникалык колдонмодогу дарылоо боюнча сунуштарга шайкеш келет, ошондой эле 47% учурда инсулиндин аналогу (Протофан – инсулин аспарт), 14% учурда - ХумалогМикс, 33% учурда кыска таасир

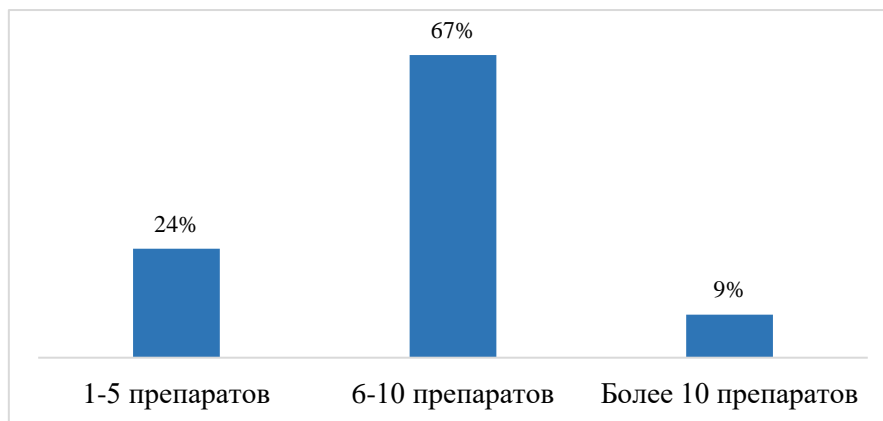
берүүчү адам инсулини (Актрапид), 10% учурда – глибенкламид дайындалган, бул 2-типтеги КД дарылоонун интенсификациялоону көрсөтүп турат. 70,12% учурда бейтаптарга аторвастатин, 57,41% учурда – ар кандай соода аталыштары менен АСК дайындалган. АГК катары ААФб (лизиноприл) соода аталыштары менен 48% бейтапка, БАБ (бисопролол) – 42,8%, АК (амлодипин) – 14% бейтапка дайындалган. Ошондой эле 89,18% учурда далилденбеген натыйжалуулуктагы ДК дайындалганын белгилей кетүү керек.

ГО дары-дармек менен дарылоону талдоодо 124 ДКПБ КЧБ маалыматтары боюнча бейтаптарга ар кандай фармакологиялык топтугу 27 дары препараттарынан турган 1011 дайындоо жасалган, муну менен катар бир эле убакта 1 бейтапка 8,2 ДК дайындалган, бул полиморбиддүүлүк фонунда (3-5 коштоочу диагноздор) ГО дары-дармек менен дарылоодогу полипрагмазияны көрсөтүп турат. 37% учурда дары препараттары генерикалык аталыштар менен жана 63% учурда – соода аталыштары менен дайындалган. Бейтаптардын орточо курагы 73,2 жашты түзгөн, мында ар бир бейтап күнүнө 8,2 препарат алган. Дайындалган ДК боюнча талдоо 79% бейтапка АСК антиагреганттык дарылоо жана 65,3% бейтапка - аторвастатин менен гиполипидемиялык дарылоо дайындалганын көрсөтүп турат. АГК катары төмөндөгү топтор пайдаланылган: ААФб – лизиноприл (34%), БАБ – бисопролол (43%), АРБ - кандесартан, валсартан (47,1%), АК – амлодипин (73,6%), ААБ – доксазозин (8%). Ошондой эле 41,4% учурда далилденбеген натыйжалуулуктагы ДК дайындалганын белгилей кетүү керек, бул аларды рационалдуу эмес пайдаланууну көрсөтүп турат.

Ошондой эле биздин аналитикалык изилдөө менен ӨӨКО негизги диагнозу менен 27 бейтап камтылган, аларга 26 аталыштагы дары препараттарынан 285 дайындоо жасалган. Мында дайындоо индикаторлору боюнча маалыматтарды талдоо генерикалык аталыштары (ЭПА) менен 37,5% учурда жана соода аталышы менен – 62,5% учурда ДК жазылып берилгенин көрсөтүп турат. ӨӨКО бар бейтаптардын орточо курагы  $71,3 \pm 2,54$  жашты түзөт, 1 бейтап 1 күндө орточо  $10,5 \pm 1,6$  ДК алган, бул ӨӨКО дары-дармек менен дарылоодогу полипрагмазия болуп саналат жана ДК рационалдуу эмес пайдаланууну ырастайт. КП сунуштарына ылайык, бейтаптарга 30% учурда М-холиноблокаторлор (ипратропия бромид), 22% учурда - бета<sub>2</sub>-адреномиметиктер (сальбутамол), 11% учурда – белгиленген комбинация түрүндө бронхолитик (сальметерол+флутиказон) менен бронхолитикалык дарылоо дайындалган. Бактерияга каршы каражаттар тобунун ичинен IV муундагы (цефкином), III муундагы (цефтриаксон) цефалоспориндер, фторхинолондор (левофлоксацин), макролиддер (азитромицин, mideкамицин) дайындалган. Коштоочу АГТ катары 48% учурда ДП рационалдуу тандоо – бисопролол болгон, анткени ал бета-адреноблокатор болуп саналат жана бронх кептелме синдромдун фонунда АГда көрсөтүлгөн.

ДК колдонуунун рационалдуулугун изилдөө жаатында биз саламаттыкты сактоо уюмдарынын дарылоо бөлүмдөрүндө бардык ооруларда дайындалган дары препараттарын киргизүү жолдоруна талдоо жүргүздүк, ал 53% учурда ДК апрентералдык жол менен дайындалганын көрсөтүп турат.

Ошондой эле стационарда 1 бейтапка 1 дарылоо күнү дайындалган ДК саны аныкталган (12-сүрөт).



**12-сүрөт. Бир күндө 1 бейтапка дайындалган ДК саны**

12-сүрөттө көрүнүп тургандай, 1 бейтапка күнүнө 76% учурда 6-10 ДК дайындалган. Дайындалган ДК орточо саны бир бейтапка 8,3 дарыны түзгөн. Бул полипрагмазиянын бар экенин, б.а. алардын өз ара таасирлерин жана өзгөчө көрсөтмөлөрүн эске алуусуз бир нече ДК бир убакта дайындоону көрсөтүп турат.

5.2. *КР саламаттыкты сактоо уюмдарында улгайган бейтаптарда STOPP/START-чен белгилери боюнча дары каражаттарын рационалдуу пайдаланууну баалоо.* STOPP/START чен белгилерин пайдалануу улгайган, б.а. 60 жаштан улуу бейтаптарда айрым ДК дайындоо менен байланыштуу көйгөйлөрдү аныктоого жардам берди. Дайындалган дарылоону баалоо 987 ДКПБ КЧБ маалыматтары боюнча жүргүзүлдү, бардык ДК STOPP/START чен белгилери боюнча таблица-матрица менен, андан кийин оорунун профилине жараша өзүнчө салыштырылды.

Биз улгайган курактагы дары-дармек менен дарылоого тиешелүү болгон, ЖЭО боюнча 576 жана ДЦЭ боюнча 411 ДКПБ КЧБ талдоого алдык. 987 ДКПБ КЧБ боюнча дарылоо бөлүмдөрүндөгү 5996 дары-дармек дайындоонун аудитинде улгайган курактагы адамдарга колдонууга сунушталбаган (STOPP-чен белгилер) ар кандай аталыштар менен 62 ДК жана улгайган курактагы адамдарга пайда алып келе турган (START-чен белгилер) 19 ДК бөлүндү.

КД дары-дармек менен дарылоо боюнча дайындоолордун түзүмүнөн биз эндокрин системасы боюнча STOPP/START-чен белгилери менен салыштыруу үчүн ДК бөлүк: улгайган бейтаптарга дайындоодон алыс болуу керек болгон 8 ДК (STOPP-чен белгилер) жана бейтаптардын бул категориясы үчүн сунушталган 4 ДК. STOPP-чен белгилерине ылайык 10% учурда глибенкламид

дайындалган, аны колдонуу гипогидкемиянын тобокелдигин жогорулатат (далилдер сапаты жогору); 35% учурда - бисомор<sup>®</sup>, 8% учурда – бисопролол дайындалган, алар гипогликемиялык абалды чүмбөттөө тобокелдигин жогорулатат; 36% учурда - диалипон<sup>®</sup>, 10% учурда - тиогамма<sup>®</sup>, 17% учурда - мидокалм<sup>®</sup>, 26% учурда - альфа-липой кычкылдыгы дайындалган, алар натыйжалуулугу далилденбеген дары препараттарына кирет; 8% учурда – антиагреганттык дарылоо фонунда ИПП жабуусуз диклофенак дайындалган.

START-чен белгилерге ылайык, бейтаптарга 4 ДП дайындалган: 48% учурда ААФб жана АРБ, бирок мында протеинуриянын болушу, калийдин деңгээлин аныктоо боюнча маалыматтар жок; 51% учурда - аторвастатин, 8% учурда - амвастан<sup>®</sup>, аларды дайындоо милдеттүү эмес, анткени аларды колдонуудагы ЖДР тобокелдиги пайдага караганда жогору; АСК препараттары: 46% учурда - ацекардол<sup>®</sup>, 11% учурда - тромбоасс<sup>®</sup>, бул START-чен белгилерине шайкеш келет.

ГБдагы дайындоолор түзүмү боюнча 124 улгайган бейтапта ар кандай аталыштагы 27 ДК белгиленген. 18 ДК STOPP-чен белгилерине жана 6 ДК – START-чен белгилерине шайкеш келген. STOPP-чен белгилерине ылайык, илмектүү диуретиктер ӨЖЖде дайындалышы керек. Биздин маалыматтар боюнча 31% учурда фуросемид, 18% учурда – торасемид дайындалган, б.а. илмектүү диуретиктер 49% бейтапка дайындалган, мында ӨЖЖ, коморбиддик абал катары, болгону 18%да гана белгиленген; ААФб жана АРБ дайындоодо 100% бейтап баянында калийдин деңгээлин аныктоо боюнча маалыматтар жок, анткени улгайган бейтаптарда гиперкалиемиа тобокелдиги жогору; 14,5% учурда ААФб жана АРБ колдонуп дары-дармек менен дарылоонун фонунда спиронолактон дайындалган, мындай комбинацияда гиперкалиемиа тобокелдиги жогорулайт; 58% учурда АК дайындалган, мында 100% учурда бейтап баянында ичтин катышы жана акыркы 3 айдагы кулап калуу жөнүндө маалымат жок. Улгайган бейтаптарга бензодиазепиндерди дайындоодон алыс болуу керек, анткени алар дезоритенацияны, тең салмактуулуктун жоголушун пайда кылат, кулап калуу тобокелдигин жогорулатат, бирок 23% учурда ривотрил<sup>®</sup>, 19% учурда – клоназепам дайындалган, мында 100% бейтап баяны акыркы 3 айда кулап калуу окуясы боюнча маалымат жок. Далилденген натыйжалуулугу жок дары препараттары дайындалган, бул дайындоолор үчүн STOPP-чен белги болуп саналат: милдронат<sup>®</sup> (87%), тровит-В<sup>®</sup> (67%), пирацетам (32%), актовегин<sup>®</sup> (29%), цитиколин (29%), ницерголин (27%), невролон<sup>®</sup> (19%). Ошондой эле гипертензияга каршы дарылоонун фонунда диклофенак (19%), варфарин (3%) ИПП жабуусуз антиагреганттык дарылоонун фонунда (79%) дайындалган. Белгилей кетсек, ААФб (34%) жана АРБ (53%) дайындоодо, СЭСКК (19%) менен чогуу дайындоодон алыс болуу керек, анткени бөйрөктүн функцияларынын жана дары-дармек менен дарылоонун

натыйжалуулугунун төмөндөө тобокелдиги болот, БАБ менен чогуу дайындоодо (48%) ulcerогендик таасир тобокелдиги жогорулайт.

ӨЖЖ коштоочу диагнозу бар 22 бейтаптын ичинен 18ине суткасына 1 жолу  $127,5 \pm 3,95$  мг дозасында дигоксин дайындалган, бул ӨЖЖ боюнча клиникалык колдонмодо регламенттелген. Бирок 100% бейтап баянында плазмадагы калийдин деңгээлин контролдоо боюнча маалыматтар жок, алардын ичинен 4%да креатининдин деңгээли боюнча маалыматтар көрсөтүлгөн, бирок 100% учурда СКФ эсептелген эмес, анткени ӨЖЖ бар улгайган бейтаптарда 125 мг/суткадан жогору дозада ДП уулуу таасиринин тобокелдигин азайтуу үчүн бөйрөк функциясын контролдоо керек. Ошондой эле бейтаптардын бул категориясына бензодиазепиндер дайындалган, бул клоназепамда, диазепамда бөйрөктүн жана боордун функцияларынын физиологиялык төмөндөшү менен байланыштуу жарым бөлүп чыгаруу мезгили узаргандыгынан улам, алар үчүн STOPP-чен белги болуп саналат. Бул учурда активдүү метаболиттерге ээ болбогон жана кыска таасирге ээ болгон ДП дайындоо сунушталат (оксазепам, лоразепам, алпразолам).

START-чен белгилерине ылайык, улгайган адамдарда АГТ 160 мм.сымап мамычасынан жогору систоликалык АБда сунушталган, ар кандай аталыштагы 6 ДК дайындалган: 40% учурда - аторвастатин, 26% учурда - аторис<sup>®</sup>, бирок 22% учурда гана тамырлардын атеросклерозу көрсөтүлгөн, 23% учурда - гиперхолестеринемия, START-чен белгилерине ылайык статиндер жашоонун күтүлгөн узактыгы 5 жылдан ашык болгондо анамнезинде коронардык, мээ жана перифериялык артериянын бузулуулары болгондо дайындалат. Антиагреганттык дарылоо 79% учурда тромбо-асс<sup>®</sup> ДП менен өткөрүлгөн, мында КБС коштоочу диагнозу 22% учурда гана көрсөтүлгөн. 13% учурда варфарин дайындалган, бирок бейтап баянында жүрөк дүлөйлөрүнүн фибриляциясынын болушу боюнча маалыматтар жок. Ошондой эле коштоочу ӨЖЖде ААФб дайындоо сунушталат, биздин учурда ал 14% учурда гана дайындалган, БАБ – коштоочу туруктуу стенокардияда, бейтап баянында бул топ 48% учурда дайындалган, ал эми бейтап баянында стенокардия 6% учурда гана көрсөтүлгөн.

ӨӨКОда дайындоолордун түзүмүн изилдөө STOPP-чен белгилердин ичинен бейтаптарга 11 ДП дайындалганын көрсөттү: 93% учурда эуфиллин, 63% учурда - системалуу дексаметазон, 15% учурда - преднизолон, 15% учурда - тавегил<sup>®</sup> (клемастин), 30% учурда - клоназепам, 41% учурда - ривотрил, натыйжалуулугу далилденбеген ДП – амброксол (93%), винпоцетин (63%), мельдоний (63%), пирацетам (56%), глутатион (30%). Бул ДП дайындоодон алыс болуу сунушталган себептер ГКС ингаляциялык дайындалышы керектиги менен байланыштуу, анткени системалуу ГКС узак дайындоо ар кандай ЖДР алып келет; метилксантиндер тобу (теофиллин, аминофиллин) гиперкалиемияга жана төмөнкү терапиялык индекс менен байланыштуу башка ЖДР алып келет;

I муундагы антигистаминдик ДПI дем алуу жолдорунун төмөнкү бөлүмдөрүнүн бузулуулары менен ооруларда дары-дармек менен дарылоо үчүн каршы көрсөтүлөт, өтүп кетүүчү уйкууроого, сенсориканын начарлашына, кулап калуу тобокелдигине, ооздун кургашына, ичтин катышына жана башка антихолинергиялык таасирлерге алып келет; бензодиазепиндер дем алуу жетишсиздигинин курчуу, когнитивдик функциялардын начарлоо тобокелдигин, кулап калуу, депрессия, гипогликемия тобокелдигин жогорулатат.

Үзгүлтүксүз бронхолитикалык дарылоо үчүн START-чен белгилери боюнча сунушталган ДК ингаляциялык бета<sub>2</sub>-адреномиметиктер болуп саналат, алар 22% учурда сальбутамол түрүндө дайындалган; М-холиноблокаторлор – 44% учурда ипратропия бромид түрүндө дайындалган; 11% учурда комбинацияланган формада дайындалган (сальметерол+флутиказон). Жалпысынан ӨӨКО бар улгайган бейтаптардын 77%да 3 ДПI менен START-чен белгилерге ылайык келген дары-дармек менен дарылоо өткөрүлгөн.

Изилдөөнүн алкагында биз ДЦЭ профили боюнча ДК дайындоолор түзүмүнө талдоо жүргүздүк (411 учурда), ал МКБ-10до бул диагноз жоктугуна карабастан, ооруканага жаткырууда диагноз коюу жыштыгы боюнча 3-орунду ээлейт. Бейтап баянында ар кандай фармакологиялык топтордон турган ар кандай аталыштагы 31 ДКнан турган 4821 дайындоолор көрсөтүлгөн. Жыйынтыгында бейтап 1 күндө  $11,73 \pm 2,14$  ДК алган. Дайындоолордун аудитинде бардык системалар боюнча STOPP-чен белгилерге ылайык келген 25 ДК аныкталган. ДК дайындоолор түзүмүнө ылайык далил базасы жок ДК дайындалган: 63,3% учурда кавинтон<sup>®</sup>, 61% учурда - милдронат<sup>®</sup>, 54,2% учурда - тровит В<sup>®</sup>, 38% учурда - дифосфоцин, 46,2% учурда - мильгамма<sup>®</sup>, 43% учурда - пентоксифиллин, 44% учурда - пирацетам, 41,4% учурда демотон-В<sup>®</sup>, 51,3% учурда - цитиколин, 48% - мидокалм<sup>®</sup>, 40% учурда - витамин В<sub>6</sub>, 47,2% учурда - неврон, 39% учурда - мексидол, 43% - актовегин<sup>®</sup>, алар улгайган курактагы адамдар үчүн потенциалдуу сунушталбаган ДК болуп саналат. 35% учурда ГО бар бейтаптарга диклофенак дайындалган, бул дагы STOPP-чен белги болуп саналат, анткени СЭСКК фонунда ГО бар бейтапта АГ күчөө, ӨЖЖ курчуу, бөйрөк функциянын начарлоо тобокелдиги болот; мында 29,2% бейтап антиагреганттык дарылоонун фонунда ИПП жабуусуз диклофенак алышкан. 79,3% учурда бейтаптарга бензодиазепиндерди дайындашкан (диазепам- 18%, клоназепам - 22,3%, ривотрил- 39%), алар жогоруда сүрөттөлгөн ЖДР өнүгүү тобокелдигине байланыштуу улгайган курактагы адамдар үчүн сунушталбаган ДКна кирет. 20% учурда карбамазепин дайындалган, ал улгайган бейтаптарда АДГ адекваттуу эмес секрециясы синдромун же гипонатриемияны пайда кылат, дайындоодо плазмадагы натрийдин деңгээлине мониторинг жүргүзүү керек, муну менен катар 100% бейтап баянында натрийдин деңгээлин баалоо боюнча маалыматтар жок, ал эми



9,6% бейтап бул ДП акыркы 3 ай ичинде колдонушкан. 65% бейтапка статиндер менен гиполлипидемиялык дарылоо дайындалган, мында бейтап баянында гиперхолестеринемия 23% учурда гана көрсөтүлгөн. Бул учурда улгайган курактагы адамдарга статиндерди дайындоо гиперхолестеринемия, ЖКО тобокелдик факторлору менен КД, коронардык, мээ жана перифериялык артериялардын бузулуулары болгондо гана акталат, миалгия жана рабдомиолиздин өнүгүү тобокелдигине байланыштуу аларды дайындоо потенциалдуу сунушталбайт. 45% бейтапка АК дайындалган, бирок 100% бейтап баянында анамнезиндеги ичтин катышы, кулап калуу жана шишик боюнча маалыматтар жок; 74% - БАБ алган, мында дагы кулап калуу жөнүндө маалыматтар көрсөтүлгөн эмес, депрессиянын болушуна баалоо жүргүзүлгөн эмес, ал эми 5% учурда коштоочу КДте дайындалган, бул гипогликемиялык абалды чүмбөттөшү мүмкүн. 40,4% учурда эналаприл, 18,5% учурда - валсартан, 17% учурда - айра-сановель® көрсөтүлгөн, бирок плазмадагы калийдин деңгээлине мониторинг боюнча маалыматтар жок (100%). Коштоочу ЖЖ жок 22% учурда фуросемид дайындалган, бул потенциалдуу кооптуу ЖДР алып келет (заараны кармана албай калуу, гипокалиемиа, кулап калуу, сыныктар, ичтин катышы).

ДЦЭде START-чен белгилери боюнча дайындалган дары каражаттарына кирген: АСК (тромбо-асс®) 63,2% учурда; ААФб (эналаприл) – коштоочу ӨЖЖ менен 18% учурда, 5% - КД, 6% - туруктуу стенокардия менен .

5.3. *Саламаттыкты сактоо уюмдарында дары каражаттарын пайдаланууга таасирин тийгизүүчү факторлорду фармакоэпидемиологиялык талдоо.* 200 дарыгерди сурамжылоону талдоонун жыйынтыгы боюнча алар үчүн ДК жөнүндө маалыматтын негизги булагы 63% учурда фармакомпаниялар өткөргөн семинарлар, 61% учурда – ДК ичмек-баракчалары, 58% учурда – фармакомпаниялардын буклеттери, 50% учурда – интернет сайттар, 32%да – кесиптештери, 9% учурда – ТВдагы жарнама, 6% учурда – Кп, 5% учурда – семинарлар, конференциялар, тренингдер болуп саналаары аныкталды. Мында көбүнчө өзүнүн практикасында ДК жөнүндө маалыматты ичмек-баракчалардан (25%), фармакомпаниялардын семинарларынан (25%), интернет сайттардан (16%), фармакомпаниялардын буклеттеринен (13%) алышат, формуляр колунда жок болгондуктан, аны 2% респонденттер гана пайдаланышат. Бул маалымат булактарын алар кыйла ишенимдүү (71%) болгондугуна байланыштуу пайдаланышат, фармакомпаниялар маалыматтык материалдарды беришет (61%), пайдалуу семинарларды уюштурат (51%), ушул булактан маалыматты жакшы түшүнүшөт (34%), ушул гана булак бар (8%), жумушчу жеткиликтүү (2%). Бирок ДК жөнүндө маалыматтын ишенимдүү булагы катары респонденттер 53,8% учурда Формулярды жана ДК жөнүндө маалымдаманы, 34% учурда – ичмек-баракчаларды, жана болгону 10,2% учурда – фармакомпаниялар уюштурган семинарларды эсептешет.

Фармакомпаниялардын маалыматтарын пайдалануунун себептери жөнүндө суроого 79% респондент мурун белгилүү болбогон ДК жөнүндө маалымат алып жатканын, 17%ы – кошумча акча иштеп табуу деп жооп беришкен. Мында 52% дарыгерлер фармакомпаниялар акчалай төлөм түрүндө (57%), белек (16%) түрүндө аларды дайындоону өбөлгөлөшү керек, илимий конференцияларга катышууга акы төлөшү керек (46%), квалификацияны жогорулатуу боюнча окууга төлөшү керек (45%), ДК акысыз үлгүлөрүн бериши керек (14%), макалаларды жана башка басылмаларды жарыялоону каржылашы керек (12%) деп эсептешет. Ошондой эле 57% респондент бейтап бул дарыны мурун ичкенине байланыштуу (57%), ДП жарнамага ылайык натыйжалуу болгондуктан (42%), башка дарыгер сунуштагандыктан (23%), арзан дарыларга ишенбегендиктен (14%) конкреттүү ДК жазып берүүнү талап кылышаарын көрсөткөн.

96 бейтапты сурамжылоо саламаттыкты сактоо уюмуна медициналык жардамга кайрылган же изилдөө жүргүзүү учурунда стационардык дарыланууда болгон ар кандай курактагы 42,1% аялды жана 57,9% эркекти камтыган. Белгилей кетсек, 26,3% бейтап абалы начарлаганда өзүн өзү дарылоо менен алектенет, 55,8% - дарыгерге кайрылат, 4,2% - ооруканага жатат. Бейтаптар үчүн ДК жөнүндө маалыматтын негизги булагы 76% учурда дарыгерлер, 17% учурда – тааныштары, коңшулары, 16% учурда – дарыканадагы фармацевт, 15% учурда- ичмек-баракчалар, 13% учурда - интернет, 9% учурда – ТВдагы жарнама, 1% учурда – жакындары болгон. Мында 49,5% бейтап *«дарыгер ДК жөнүндө эч нерсе айткан жок, жөн гана дайындап койду»*, 12,6% - *«дарыгер кымбаттан айырмасы жок деп арзан ДК дайындады»*, 15,8% - *«дарыгер кымбат ДК дайындады жана ал арзанга караганда жакшы экенин айтты»*, 10,5% - *«дарыгер кайсы ДК ичүүнү өзүң чеч деп сунуштады»* деп белгилешкен. Бирок 34,7% бейтап кымбат ДК менен дарыланууну каалайт, 76,8% учурда дарыгердин сунушун аткарышат, 9,5% учурда 0 дарыканада сунуштаган ДК ичишет, 8,4% учурда – мурун алардын туугандары пайдаланган ДК ичүүнү каалашат. 58% учурда дарыгер ДК сатып алуу үчүн конкреттүү дарыкананы сунуштаган, ал эми дарыканада 66,3% учурда – ДК алмаштырууну сунушташкан жана мында 34,7% учурда кымбат, 65,3% учурда – арзан дарыга алмаштыруу сунушталган. Бейтаптар үчүн ДК сатып алууда сапат жана натыйжалуулук (91%), арзан баа (33%), сапат, натыйжалуулук, баа, таңгак, жарнама (47,4%) сыяктуу мүнөздөмөлөр маанилүү.

Изилдөөнүн жыйынтыктары дарыгерлердин ДК жөнүндө маалыматтын сапаттуу булактарына жетүү мүмкүндүгү чектелгенин ырастады, бул алар тарабынан бейтаптарга маалымат берүүдөгү кемчиликтерди түшүндүрөт, бул ДК адепсиз маркетингине шарт түзүүдө. ДК жөнүндө маалыматтын булактарынын жана дарыгердин иш стажынын ортосундагы түз корреляциялык көз карандылык аныкталды, б.а. иш тажрыйбасы канчалык көп болсо, алар

медицина өкүлдөрүнөн жана фармацевтика компаниялар өткөргөн иш-чаралардан маалыматты көбүрөөк пайдаланышат (статистикалык маанилүүлүгүн  $p < 0,05$ ).

**6-глава «Кыргыз Республикасында жугуштуу эмес ооруларды (ГБ, ӨӨКО, КД) дары-дармек менен дарылоодо дары каражаттарынын физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгүн баалоо».** ЖМДКТ-2018ге киргизилген 15 маанилүү ДК физикалык жеткиликтүүлүгүн баалоо алар Бишкек шаарында 50% учурда, Чүй облусунда – 38%, Ош облусунда – 44%, Ысык-Көл облусунда – 38% учурда жеткиликтүү экенин көрсөттү. Алынган маалыматтар айрым маанилүү ДК (гидрохлортиазид, метилдопа, гидралазин, натрий нитропруссид, ипратропия бромид, беклометазон, будесонид, гликлазид, инсулин) физикалык жеткиликтүүлүгүнүн көйгөйлөрү бар экени жөнүндө күбөлөндүрүп турат. ЖЭО дары-дармек менен дарылоо үчүн маанилүү ДК физикалык жеткиликтүүлүгүн изилдөө боюнча маалыматтар жашоо үчүн маанилүү дары каражатына жетүү мүмкүндүгүнө байланыштуу көйгөйлөр бар экенин көрсөттү. Бул жыйынтыктарды айрым дары каражаттарына региондордо суроо-талап жоктугу, бул ДК өлкөнүн фармрыногунда жоктугу же кымбат баада экендиги менен түшүндүрүүгө болот. Болгон маанилүү ДК менен дарылоо курсунун бир айлык баасын эсептөө метформин калк үчүн экономикалык жактан жеткиликтүү эместигин көрсөттү (12-28% ОАЭМ карата).

Так баалоо үчүн Кк жана Кп ылайык ЖЭО дары-дармек менен дарылоодо колдонулуучу ДК экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн коэффициентин эсептедик.

*6.1. КП боюнча ГО дары-дармек менен дарылоонун жеткиликтүүлүгү.* ГО боюнча клиникалык колдонмодо көрсөтүлгөн дары препараттарынын арасында, топтордогу көпчүлүк АГК «*me too*» ДК категориясына кирет, ДК бардык маалыматтары алардын экономикалык жеткиликтүүлүгү позициясынан бааланган. БАБ – карведилол менен бир айлык дарылоо курсу атенолол (19,2 эсе), бисопролол (4,3 эсе) салыштырмалуу кыйла чыгымдуу болуп саналаары ачыкталды. Экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн коэффициенти баалоо карведилол менен бир айлык дарылоо курсун алуу үчүн бейтап МКЭМда 30,87-43,26 күн, ОКЭМда – 2,5-3,5 күн сарптай турганын көрсөттү, б.а. карведилол менен дарылоо бейтап үчүн экономикалык жактан жеткиликтүү эмес, анткени аны менен бир айлык дарылануу курсуна бейтаптар бир күндүк эмгек акысынан көп сарпташат. АК тобунда амлодипиндин башка генерикалык препараттары менен салыштырмалуу норваск® менен дарылоо чыгымдуу деп эсептелет, ал эми экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн коэффициенти АК тобундагы бардык ДП МКЭМда экономикалык жеткиликтүү эмес болуп саналат, ал эми ОКЭМда – норваск экономикалык жактан жеткиликтүү эмес бойдон калат. ААФб менен дарылоонун орточо айлык баасы 84 сомдон 739,2 сомго чейин, АРБ – 518 сомдон 900 сомго чейин жетет. ААФб экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн

коэффициенти боюнча алынган маалыматтар ОКЭМда ААФб үчүн гана дары-дармек менен дарылоо экономикалык жактан жеткиликтүү экенин көрсөттү (0,1-0,73 күн). ОКЭМда АРБ менен дарылоо валз® жана нортиван® (1 күндөн) үчүн гана экономикалык жактан жеткиликтүү, бирок МКЭМда ААФб жана АРБ менен дарылоо экономикалык жактан жеткиликтүү эмес бойдон калат (6,5 күндөн 22,5 күнгө чейин). ОКЭМда дагы, МКЭМда дагы ААБ дары-дармеги менен дарылоо экономикалык жеткиликтүү эмес бойдон калат (тиешелүү түрдө 2,3 жана 28,5 күн).

Ошентип, негизги АГК физикалык жактан жеткиликтүү болуп саналат, бирок АГК карата баалоо кеңири диапазондо берилген, мында баалардын жана борбордон алыстыктын ортосунда корреляциялык байланыш бар, «борбордон канчалык алыс болсо, баа ошончолук жогору» 1,1 тартып 2,5 эсеге чейин кымбат болот (статистикалык маанилүүлүк,  $p < 0,05$ ). Экономикалык жеткиликтүүлүк коэффициентин баалоо АГК дары-дармек менен дарылоо МКЭМда экономикалык жактан жеткиликтүү эместигин көрсөттү. Бирок ОКЭМда атенолол, бисопролол, амлодипиндин генерикалык препараттары, эналаприл, лизиноприл, валсартандын айрым препараттары менен дарылоо экономикалык жактан жеткиликтүү болуп саналат, анткени бир айлык дарылануу курсуна бейтап бир күндүн эмгек маянасынан аз сарптайт. Белгилей кетсек, ОМС кошумча пакетине дозалардын ар кандай вариациялары жана амлодипиндин генерикалык ДП, эналаприл, индапамид жана лизиноприл боюнча ордун толтуруу суммасы менен АГК 78 позициясы киргизилген, бул аларды акысыз алууну шарттайт, ушундан улам бейтап өзүнүн каалоолорун жана анын дары-дармек менен дарылоого жактоочулугун эске алуу менен ылайыктуу ДК тандоо укугуна ээ болот.

*6.2. Кп боюнча ӨӨКО дары-дармек менен дарылоонун жеткиликтүүлүгү.* Физикалык жеткиликтүүлүгү балоодо региондордо иГКС жеткиликтүүлүгүнүн көйгөйү аныкталды, негизинен алар Бишкек шаарында гана сатылат. Региондордо Бишкек ш. менен салыштырмалуу баадагы сальбутамол боюнча 1,3 эсе жана асталин боюнча 1,4 эсе айырма менен, бета<sub>2</sub>-адреномиметиктер тобундагы бронхолитиктер – сальбутамол жана асталин® физикалык жактан жеткиликтүү. Бишкек шаарында иГКС тобунан беклометазон Б жана беклозон® гана жеткиликтүү, М-холиноблокаторлор тобу рынокто жок. Россиялык өндүрүшкө таандык сальбутамолдун асталинге® салыштырмалуу 2,3 эсе, аэроброксомго® салыштырмалуу - 2,4 эсе, сальбутамол Б® салыштырмалуу - 2 эсе төмөн.

Экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн коэффициенти эсептөөлөр ОКЭМда бардык сальбутамол препараттары экономикалык жеткиликтүү экенин көрсөттү (0,3 тартып 0,8 күнгө чейин), ал эми МКЭМда экономикалык жактан жеткиликтүү эмес бойдон калат (4,2 тартып 10,2 күнгө чейин). МКЭМ бар бейтаптар үчүн бекламетазон менен бир айлык дарылоо курсу

экономикалык жактан жеткиликтүү эмес, анткени иГКС беклазон ЭКО менен дарылоо үчүн (100 мкг/доза) 30 3үн ичинде бейтап 15 күн, беклазон ЭКО® (250 мкг/доза) - 8,3 күн, бекламетазон Б менен (50 мкг/доза) – 16,2 күн иштеши керек. ОКЭМда беклазон ЭКО (250 мкг/доза) менен дарылоо экономикалык жактан жеткиликтүү болуп саналат, анткени бир айлык дарылоо курсунун баасы бир күндүк эмгек маянадан аз (0,7 күн). ММК кошумча пакети боюнча ордун толтуруу учурунда региондун тобуна жараша бейтап ДК чекене баасынын жана 1-топтогу ордун толтуруу суммасынын ортосундагы айырманы 50дөн 1972 сомго чейин, 2-топто – 40сомдон 1860 сомго чейин төлөйт. ММК ордун толтургандан кийин бейтаптын “чөнтөгүнөн” төлөнө турган сумманы эске алуу менен, ӨӨКО бар бейтаптарда дары-дармек менен дарылоонун биринчи линиясынын бир айлык курсу МКЭМда ордун толтургандан кийин дагы экономикалык жактан жеткиликтүү эмес бойдон калат ( 1,2 тартып 49,3 күнгө чейин), ОКЭМга карата дары-дармек менен дарылоо бронхолитиктер үчүн (0,1 тартып 0,4 күнгө чейин) экономикалык жактан жеткиликтүү, ал эми иГКС белгиленген комбинациялары үчүн дагы экономикалык жактан жеткиликтүү эмес бойдон калат (1,7 тартып 4 күнгө чейин).

6.3. *Кк боюнча КД дары-дармек менен дарылоонун жеткиликтүүлүгү жана инсулинди борборлоштурулган сатып алуулардын рационалдуулугун баалоо.* Кантты төмөндөтүүчү ДК региондордогу баасы боюнча маалыматтарды талдоо дарыкана тармагы аркылуу сатылган ДК бааларынын айырмасын көрсөттү. Минималдуу жана максималдуу баалардын чачырандысы дары препаратынын соодадагы аталышына жана өндүрүүчүгө жараша өзгөрөт. Эл аралык Кк ылайык, тандоо препараты метформин болуп саналат, анын бир айлык курсунун экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн коэффициенти МКЭМда 8,1 тартып 30 күнгө чейин, ОКЭМда –1,2 тартып 2,4 күнгө чейин түздү. Бул метформин менен дарылоо бир күндүк эмгек маянадан жогору тураарын көрсөттү, б.а. экономикалык жактан жеткиликтүү болуп саналбайт. Ушуга байланыштуу метформин препараттарын Жеңилдетилген дары-дармек менен камсыздоо программасына жана ДК баасын жөнгө салуу боюнча ченемдик документтерди иштеп чыгууга кошуу зарылчылыгы пайда болот.

**3-таблица – Керектөөнү баалоо менен сатылып алынган инсулиндин аналогдорунун саны, 2014-2016-жж.**

Инсулиндин аталышы	Бир жылда сатылып алынган бирдиктин жалпы саны (МЕ)	Инсулин алышы керек болгон бейтаптардын бааланган саны	Иш жүзүндө инсулин алган бейтаптардын саны	Айырма көрсөткүчү
<b>2014</b>				
Кыска мөөнөттүү инсулиндин аналогу (100 МЕ/мл, 3 мл, №5)	6 000 000	822	398	<b>+424</b>

3 таблицанын узартуусу

Инсулиндин аталышы	Бир жылда сатылып алынган бирдиктин жалпы саны (МЕ)	Инсулин алышы керек болгон бейтаптардын бааланган саны	Иш жүзүндө инсулин алган бейтаптардын саны	Айырма көрсөткүчү
<b>2014</b>				
Узун мөөнөттүү инсулиндин аналогу (100 МЕ/мл, 3 мл, №5)	4 500 000	822	398	<b>+424</b>
<b>2015</b>				
Кыска мөөнөттүү инсулиндин аналогу (100 МЕ/мл, 3 мл, №5)	6 000 000	822	474	<b>+348</b>
Узун мөөнөттүү инсулиндин аналогу (100 МЕ/мл, 3 мл, №5)	4 500 000	822	474	<b>+348</b>
<b>2016</b>				
Кыска мөөнөттүү инсулиндин аналогу (100 МЕ/мл, 3 мл, №5)	4 500 000	616	538	<b>+78</b>
Узун мөөнөттүү инсулиндин аналогу (100 МЕ/мл, 3 мл, №5)	10 650 000	1945	538	<b>+1407</b>

Инсулинди борборлоштурулган сатып алуулар боюнча маалыматтарды талдоо 2014 жана 2015-жылдары сатылып алынган инсулиндин аналогдорунун саны жана баасы өзгөрбөгөнүн, ал эми 2016-жылга карата хумалогду<sup>®</sup>, новорапидди<sup>®</sup> сатып алуулар 1,3 эсе азайганын жана левемирди<sup>®</sup> сатып алуулар 4,7 эсе көбөйгөнүн көрсөттү.

Сатылып алынган инсулиндин жалпы санына жараша бейтаптар үчүн инсулинге болгон баалоо керектөөсү аныкталды. ДСУ сунуштарына ылайык, орточо алганда 1 бейтап (чоң) белгиленген суткалык дозада (DDD) күнүнө 40 ЕД көп инсулин ала албайт, б.а. бир жылда 1 чоң бейтапка максималдуу дозаны эсепке алууда, орточо 14600 ЕД инсулин керек. Балдар жана 18 жашка чейинки өспүрүмдөр үчүн орточо күнүнө 35 ЕД сунушталган (15 бирдик узак таасир берүүчү инсулин жана 20 бирдик кыска таасир берүүчү инсулин). Башкача айтканда, бир жылда 1 бейтап (балдар жана 18 жашка чейинки өспүрүмдөр) максималдуу дозаны эске алганда орточо 12775 ЕД аспаган инсулин ала алышат.

Бул эсептөөлөргө ылайык, бейтаптардын бааланган саны, 1,7-2,2 эседен жогору максималдуу уруксат берилген дозаларды эске алууда инсулиндин аналогдорунун сатылып алынган көлөмүн ала алышмак, бул сатып алууларды пландоодо инсулиндин аналогдоруна болгон иш жүзүндөгү керектөө эсептелбей турганы жөнүндө күбөлөндүрүп турат, бул өткөрүлгөн сатып алуулардын рационалдуу эместигин көрсөтүп турат.

2016-жылы сатылып алынган адам инсулининин саны өткөн жылга салыштырмалуу 1,4 эсе көбөйтүлгөн, бирок бейтаптардын бааланган санынын жана адам инсулинин иш жүзүндө алган бейтаптардын санынын ортосунда айырма бар, б.а. 501 бейтап инсулин алган эмес.

Бирок биз бул 501 бейтап инсулиндин аналогдорун алат деп жоромолдой алабыз, анткени алар ашыкча сатылып алынган. Тагыраак маалыматты кант диабети боюнча ДК Реестрин так ачык жүргүзүүдө гана алууга болот, тилекке каршы, ага биз жетүү мүмкүндүгүн ала алган жокпуз.

Ошентип, биз берген маалыматтар инсулинди борборлоштурулган сатып алууну өткөрүүдөгү көйгөйлөрдү көрсөтөт, алар инсулинге болгон керектөөнү реалдуу баалоону өткөрүүсүз, “болжолдуу” түрдө өткөн жылдын маалыматтары боюнча жүргүзүлөт.

ОАЭМга карата маанилүү ДК экономикалык жеткиликтүүлүгүн баалоо ЖЭО дары-дармек менен дарылоого бейтаптар төмөнкүдөй каражат сарптай турганын көрсөттү: Бишкек ш. ОАЭМ 1% тартып 15% чейин, Чүй облусунда – 2% тартып 19% чейин, Ош облусу – 2% тартып 28% чейин, Ысык-Көл облусу – 3% тартып 21% чейин.

Алынган маалыматтар негизги ДК карата экономикалык жеткиликтүүлүк дагы көйгөйлүү экендигин көрсөттү, бул балким, өлкөдө бааны жөнгө салуу саясатынын жоктугуна, бардык эле негизги ДК ММКФ жеңилдик берилген пакеттерине жайгаштырылбаганына, ДК болгон суроо-талапты калыптандыруунун системасы жок болгонуна байланыштуу болсо керек. Ошондой эле калктын ДК сатып алууга карата төлөө жөндөмдүүлүгү дарылоонун сапатына таасир берээрин белгилей кетүү керек.

## **КОРУТУНДУЛАР**

1. Изилдөөнүн темасы боюнча илимий адабияттарды издөөнүн, талдоонун жана жалпылоонун жыйынтыктары азыркы убакта дээрлик бүткүл дүйнөдө ДК рационалдуу эмес пайдалануу көйгөйлөрү дагы деле курч бойдон калып жатканын көрсөттү, ал эми КМШ өлкөлөрүндө ДМ ыкмаларын киргизүү жүзөгө ашыруу үчүн белгилүү тоскоолдуктар бар жана мындай жагдай биздин өлкө дагы орун алган.
2. КР ЖМДКТ 8 редакциясын кайра кароодо КР ЖМДКТ жана ДСУ Моделдик НДКТ шайкештөөнүн жоктугун көрсөткөн, мазмуну боюнча кемчиликтер аныкталган: ДСУ чен белгилерине шайкеш келбеген ДК киргизилген 2004-жылы 47,6%, 2006-ж. – 47,1%, 2009-ж. – 50,6%, 2012-ж. – 34%, 2018-ж. – 11,7%; натыйжалуулугу жана коопсуздугу далилденбеген ДК үлүшү 2004-

жылы 3,7%, 2006-ж. – 6,2%, 2009-ж. – 4,9%, 2012-ж. – 5,5%, 2018-ж. – 2,7% түзгөн; ЖЭОда фармаэкономикалык чен белгилерин эсепке алуусуз «*me too*» ДК категориялары 100% учурда орун алган.

3. ДК тандоо чен белгилерин жана ЖМДКТ форматын өзгөртүү 2018-жылы ЖКОда колдонулуучу ДК позициялары боюнча ЖКО на 86,6%; ӨӨКО жана БА да 50%; КДде 87,5% ДСУ Моделдик НДКТ менен шайкешетөөгө жетишүүнү шарттаган.
4. 48 клиникалык колдонмону КР ССМ бекиткен аларды иштеп чыгуу жана адаптациялоо методологиясынын параметрлерине шайкештигине ретроспективдүү баалоо клиникалык сунуштар 34,8% клиникалык колдонмодо гана далилдүүлүктүн ишенимдүүлүгүн деңгээлдерин көрсөтүү менен так бөлүнгөнүн көрсөттү; 17,4% клиникалык колдонмодо аларды киргизүү процесси сүрөттөлгөн; 30,4% Кк стандарттар жана индикаторлор менен бекемделген, 26% Кп 28,2% Кк бейтаптар үчүн Кк, ремаиндерлер менен бекемделген; 30,4% клиникалык колдонмодо бекитилген SIGN (A, B, C, D) далилдүүлүк гардациясы пайдаланылган; 100% клиникалык колдонмодо сунушталган кийлигишүүлөрдүн фармакоэкономикалык баалоо жок.
5. AGREE жана AGREE II куралдарын пайдалануу менен ЖЭО боюнча 10 Кк жана Кп методологиялык сапатын баалоонун жыйынтыктары кызыкдар тараптардын катышкан бөлүмдөр боюнча айрым боштуктар (Кклардын 53,3%ында), иштеп чыгуунун дыкаттыгында (Кклардын 29,1%ында), баяндоонун түшүнүктүүлүгүндө жана берилген формасында (Кклардын 40,4%ында), киргизүү мүмкүнчүлүгүндө (Кк 100%ында) боштуктар бар экендигин көрсөтүп турат. Ошондой эле айрым ДК колдонуу, коморбиддик абалдарды, алардын натыйжалуулугуна жана коопсуздугуна жүргүзүлгөн мониторинг боюнча өзгөчө көрсөтмөлөрдү көңүлгө алуу менен сунушамаларды жаңыртуу керек.
6. Дарыгерлердин арасында КК жана Кп пайдалануунун баалоо респонденттердин 60%ы аларды пайдалануу принциптери боюнча окутуудан өткөнүн, 75% - алар коштоо жана дарылоо тактикасы боюнча клиникалык чечимдерди кабыл алууга алар жардам берип жатканын, 12% - дарылоо-диагностикалык кызмат көрсөтүүлөрүнүн көлөмүн Кк жана Кп ылайык жүргүзүлүп жатканын көрсөттү, бирок бул учурда респонденттер алардын аткарылбай жаткан себептерин көрсөтүштү: 53% учур оорунун жүрүшүндө жекече өзгөчөлүктөрү бар болгон себептен, 51% - ССБда зарыл болгон жабдуулардын жоктугунан улам, 47% - ССБда ДК жок болгон себептен, 15% - алардын мазмуну менен макул эмес болуудан улам.
7. ДССУ индикаторлорун пайдалануу менен 1378 ББ жүргүзүлгөн ретроспективалуу фармакоэпидемиологиялык талдоо ДР рационалдуу эмес пайдалануунун төмөнкү элементтерин аныктады: 53% учурда ДК



парентералдык жол менен дайындалган; 67% учурда – 1 бейтапка дайындалган ДК орточо саны 8,3 түздү; 78% - ДК соодадагы аталыштары менен көрсөтүлгөн; 38,7% - далилдик натыйжалуулугу жана коопсуздугу жок ДК дайындалган; 58% - дары-дармек менен дарылоо Кк жана КП шайкеш келген.

8. Улгайган жана карыган курактагы адамдарга жүргүзүлгөн 987 ДКПБ КЧБ фармакоэпидемиологиялык респективалуу талдоо 5996 дайындалган ДК ичинен STOPP-чен белгилерге шайкеш келген 62 ДК жана START-чен белгилерге шайкеш келген 19 ДК колдонулганын көрсөттү.
9. Дарыгерлер тарабынан ДК пайдаланууга таасир берүүчү факторлор аныкталды: 63% учурда фармацевтикалык компаниялардын семинарларына катышкан учурлар, 61% - маалыматтык материалдар, 50% интернет сайттар, 71% учурда – фармакомпаниялар берген ДК жөнүндө маалыматка ишенимдүүлүк, 57% учурда – алардан бонус алуу. Бейтптардын ДК пайдалануусуна 76% учурда дарыгерден ДК жөнүндө маалымат алуу, 58% учурда конкреттүү дарыкананын дарыгерлеринин сунуштары, 54% учурда арзан ДК, кымбат – 25% учурда, 57% учурда натыйжалуулук сыяктуу факторлор таасирин тийгизет. Алынган маалыматтар ДК жөнүндө маалыматтын ишенимдүү булактарынын жоктугуна жана адистерде берилген маалыматтык материалдарды сын көз менен баалоо боюнча көндүмдөрүнүн жоктугунан улам КРда ДК адепсиз илгерилетүү орун алганын көрсөтүп турат.
10. ЖМДКТ-2018ге киргизилген, ЖЭОдагы маанилүү ДК физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгүн баалоо иГКС, М-холиноблокаторлорго, метилдопе, натрий нитропруссидге, гидралазинге, гликлазидге, инсулинге карата физикалык жеткиликтүүлүктүн жоктугун, ошондой эле АЭМ эске алуу менен аларга карата экономикалык жеткиликтүү эместикти көрсөттү, анткени бир айлык дарылоо курсуна бейтаптар анын 1%дан ашыгын сарпташат: Бишкек ш. ОАЭМ 1% тартып 15% чейин, Чүй облусунда –2% тартып 19% чейин, Ош облусу –2% тартып 28% чейин, Ысык-Көл облусу – 3% тартып 21% чейин.
11. Клиникалык колдонмодо жана клиникалык протоколдо сунушталган ДК экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн коэффициентин талдоо ЖЭО үчүн айрым маанилүү ДК – метформин, иГКС, М-холиноблокаторлорго карата ОКЭМ жана МКЭМ эске алуу менен алардын экономикалык жеткиликтүүлүгүнүн көйгөйүн көрсөтүп турат.
12. Иште алынган дары каражаттарын колдонуунун кемчиликтери жөнүндө маалыматтар дары-дармек менен дарылоону өркүндөтүүнүн жолдорунун илимий негиздерин иштеп чыгуу жана аларды КР практикалык саламаттыкты сактоосуна киргизүү үчүн негиз катары кызмат кылды.

## **ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР**

1. ЖМДКТ түзүүдө натыйжалуулукту жана айкындуулукту жогорулатуу үчүн ДМ принциптери, жарыялоолорду сын көз менен баалоо, фармаэкономикалык талдоо боюнча окутулган адистерден турган Улуттук дары комитетин (УДК) түзүү керек. УДК мүчөлөрүнүн саны эксперттик ишти оптималдаштыруу максатында 15 адамдан ашпашы керек.
2. Кк иштеп чыгуу процесстерин оптималдаштыруу үчүн Кк, Кп, стандарттардын жана индиктаорлордун методологиялык мазмунун регламенттеген Жобону иштеп чыгуу жана бекитүү керек. Кк методологиялык сапатын баалоо үчүн аларды иштеп чыгуу этабында жана аларды Эксперттик кеңеште бекитүү алдында балоодо AGREE II жаңы куралын пайдалануу сунушталат. Аларды иштеп чыгууну баштоо алдында иштеп чыгуучуларды Кк жана Кп жазуунун методологиялык процедураларына, Кк сунуштарына ылайык Кп, стандарттарды жана индикаторлорду иштеп чыгууга окутууну өткөрүү керек. Медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатын жогорулатуу үчүн “Медициналык технологияларды баалоо” стратегиясын иштеп чыгуу керек.
3. Адистердин илимий негизделген ДК жөнүндө маалымдуулугун камсыздоо үчүн ДК жөнүндө маалымат тынымсыз жаңылоону, кайра кароону жана толуктоону талап кылаарын эске алуу менен КР ДК Улуттук Формулярын иштеп чыгуу үчүн электрондук платформа иштеп чыгууну кароо керек.
4. ЖЭО дары-дармек менен дарылоодо колдонулуучу маанилүү ДК физикалык жеткиликтүүлүгүн жогорулатуу үчүн Кп иштеп чыгууда жергиликтүү рынокто ДК болушун жана өлкөнүн аймагында катталганын эске алуу керек. ДК экономикалык жеткиликтүүлүгүн оптималдаштыруу үчүн клиникалык колдонмого сунушталган кийлигишүүлөрдү фармаэкономикалык баалоо боюнча бөлүмдү киргизүү керек.

## Диссертациянын темасы боюнча жарыяланган иштердин тизмеси

### Список опубликованных работ по теме диссертации

1. **Зурдинова, А.А.** О проблемах рационального использования лекарственных средств в Кыргызской Республике [Текст] / А.А. Зурдинова, М.М. Муратова, Т.С. Сабирова // Известия ВУЗов. – Бишкек, 2010. - № 3 - С. 48-52.
2. **Зурдинова, А.А.** Генерические препараты в Кыргызстане: проблемы и перспективы [Электронный ресурс] / А.З. Зурдинов, Г.А. Кулушова, С.Р. Молдоисаева, А.А. Зурдинова // Биомедицина. – Москва, 2010. - № 4. – С. 90-93; доступен на: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16397873>.
3. **Зурдинова, А.А.** Список основных лекарственных средств в реализации Национальных программ [Текст] / У.М. Тилекеева, А.А. Зурдинова // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. - № 6. – С. 43-46.

4. **Зурдинова, А.А.** Оценка приверженности антигипертензивной терапии среди врачей, страдающих гипертонической болезнью [Текст] / А.З. Зурдинов, А.А. Зурдинова, А.Д. Урманбетова, А.Т. Шараева // Вестник КГМА. – 2012. - № 4. – С. 64-68.
5. **Зурдинова, А.А.** Фармакоэпидемиология антигипертензивных средств в Кыргызской Республике [Текст] / А.А. Зурдинова, М.Т. Нанаева, А.З. Зурдинов, А.Д. Урманбетова // Вестник КГМА. – Бишкек, 2012. - №4. – С. 54-60.
6. **Зурдинова, А.А.** Опыт внедрения клинического руководства «Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей в первичном звене здравоохранения» на примере пилотного района [Электронный ресурс] / Н.Э. Джанузакова, Г.Т. Нажимидинова, А.А. Зурдинова, О.Н. Панькова, М.Э. Осмоналиева // Наука и новые технологии. - Бишкек, 2009. –№3. – С. 285-288; доступен на: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26028337>.
7. **Zurdinova, A.A.** Evidence-based clinical guidelines in Kyrgyz Republic [Электронный ресурс] / A.A. Zurdinova // Int. J. Risk. Saf. Med.– 2015. – Vol. 27, suppl. 1. – S45-S46. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26639705>. – Загл. сэкрана.
8. **Zurdinova, A.A.** Pharmacovigilance in Kyrgyzstan: current situation [Электронный ресурс] / A.Z. Zurdinov, G.A. Kulushova, S.R. Moldoisaeva, A.A. Zurdinova // Clinical Therapeutics. - №37 (8): e111-e112. – August, 2015. doi: 10.1016/j.clinthera.2015.05.319. Available on: [http://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(15\)00626-8/abstract](http://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(15)00626-8/abstract).
9. **Зурдинова, А.А.** Основы доказательной медицины: опыт преподавания в Кыргызстане [Электронный ресурс] / А.З. Зурдинов, Т.С. Сабирова, А.А. Зурдинова, А.К. Артыкбаева // Медицинское образование и профессиональное развитие. – Москва, 2011. - №4 (6). – С. 35-40; доступен на: [http://www.medobr.ru/ru/jarticles/14.html?SSr=030133c9c710ffffff27c\\_07e10c070a0331-685](http://www.medobr.ru/ru/jarticles/14.html?SSr=030133c9c710ffffff27c_07e10c070a0331-685).
10. **Зурдинова, А.А.** Проблемы рационального использования лекарственных средств: ситуация в Кыргызстане [Электронный ресурс] / А.А. Зурдинова // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – Санкт-Петербург, 2018. – Т. 16, №2. – С. 57-61; доступен на: <http://cyberleninka.ru/article/n/problemy-ratsionalnogo-ispolzovaniya-lekarstvennyh-sredstv-situatsiya-v-kyrgyzstane>.
11. **Зурдинова, А.А.** Анализ и оценка рациональности применения лекарственных средств у пожилых пациентов по структуре и профилю назначений в Кыргызской Республике [Текст] / А.А. Зурдинова, Е.А. Вальдман // Эксперим. и клин. фармакология. – 2018. – Т. 81, № 5s. – С. 94.
12. **Зурдинова, А.А.** Фармакоэпидемиологический анализ применения лекарственных средств при лечении пациентов пожилого возраста

- [Текст]/ А.А. Зурдинова, А.Т. Шараева, А.Т. Сатыбалдиева // Вестник КРСУ. – Бишкек, 2018. – Т. 18, №6. – С. 133-136.
13. **Зурдинова, А.А.** Доказательная клиническая практика [Текст]: учебное пособие для студентов, клинических ординаторов, аспирантов и врачей. / А.А. Зурдинова, А.З. Зурдинов, В.В. Власов, Н.Н. Бримкулов и др. – Б.: Айат, 2008. – 194 с.
14. **Зурдинова, А.А.** Методология разработки и адаптации клинических руководств, основанных на доказательной медицине [Текст]: метод. рек. для мед. специалистов / А.А. Зурдинова, О.Н. Панькова, М.Э. Осмоналиева, Г.А. Козубаева. – Бишкек: [б. и.], 2008. – 59 с.
15. **Зурдинова А.А.** Клинический протокол для детского психиатрического стационара [Текст] / А.А. Зурдинова, А.С. Ким, К.М. Кадырова. А.Ш. Алиева // Бишкек, 2008. – 76 с.
16. **Зурдинова, А.А.** Ситуационный анализ по обоснованности госпитализаций среди детей до 5 лет и беременных женщин [Электронный ресурс] / А.А. Зурдинова, Г.А. Мурзалиева, Р. Чолурова; Центр анализа и политики здравоохранения – Бишкек, 2009. – Вып. № 68. – Режим доступа: [http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/prp68\\_rus\\_last.pdf](http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/prp68_rus_last.pdf). – Загл. с экрана.
17. **Зурдинова, А.А.** Клиническое руководство «Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа для первичного уровня здравоохранения» [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Кырг. Респ. от 8 июня 2009 г. № 325. / А.А. Зурдинова, М.С. Малдыбаева, А.В. Виноградова, А.С. Ржевская и др. – Режим доступа: <http://www.med.kg/ru/n-hr/kp-kr.html>. – Загл. с экрана.
18. **Зурдинова, А.А.** Клинический протокол «Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа для первичного уровня здравоохранения» [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Кырг. Респ. от 8 июня 2009 г. № 325. / А.А. Зурдинова, М.С. Малдыбаева, А.В. Виноградова, А.С. Ржевская и др. – Режим доступа: <http://www.med.kg/ru/n-hr/kp-kr.html>. – Загл. с экрана.
19. **Зурдинова, А.А.** Клиническое руководство «Диагностика и лечение неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения» [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Кырг. Респ. от 16 февраля 2010 г. № 83. / А.А. Зурдинова, М.С. Малдыбаева, А.В. Виноградова, А.С. Ржевская и др. – Режим доступа: <http://www.med.kg/ru/n-hr/kp-kr.html>. – Загл. с экрана.
20. **Зурдинова, А.А.** Клинический протокол «Диагностика и лечение неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения» [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Кырг. Респ. от 16 февраля 2010 г. № 83. / А.А. Зурдинова, М.С. Малдыбаева, А.В. Виноградова, А.С. Ржевская и др. – Режим доступа: <http://www.med.kg/ru/n-hr/kp-kr.html>. – Загл. с экрана.

21. **Зурдинова, А.А.** Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения [Текст]: приказ М-ва здравоохранения Кырг. Респ. от 21 октября 2008 г. № 539 и от 3 декабря 2008 г. №625. / А.А. Зурдинова, Н.Р. Керимова, М.С. Мусуралиев, А.С. Ешходжаева, А.А. Аскеров –Бишкек, 2010. – 130 с.
22. **Зурдинова, А.А.** Использование клинических протоколов врачами стационаров Кыргызстана при лечении пациентов с ХОБЛ и ХОБ [Текст] / А.А. Зурдинова, М.М. Муратова, Т.С. Сабилова // Вестник Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии. – 2011. - №4 (55). – С. 157-158.
23. **Зурдинова, А.А.** Формуляр основных лекарственных средств Кыргызской Республики [Текст] / А.А. Зурдинова, А.З. Зурдинов, Т.С. Сабилова и др. – Бишкек, 2010. – 676 с.
24. **Зурдинова, А.А.** Evidence-based medicine [Текст]: учебно-методические рекомендации для практических занятий для иностранных студентов / А.А. Зурдинова, А.З. Зурдинов, А.У. Джакубекова. – Бишкек, 2011. – 40 с.
25. **Зурдинова, А.А.** Отбор лекарственных средств в Перечень жизненно-важных лекарственных средств Кыргызской Республики [Текст]: методические рекомендации для медицинских кадров / А.А. Зурдинова, Т.С. Сабилова, Г.А. Кулушова. – Бишкек, 2012. – 40 с.
26. **Зурдинова, А.А.** Клиническое руководство «Диагностика, лечение и профилактика вирусного гепатита С» [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Кырг. Респ. от 25 августа 2014 г. № 479. / А.А. Зурдинова, А.З. Кутманова, С.Т. Тобокалова, С.И. Умарова и др. – Режим доступа: <http://www.med.kg/ru/n-hr/kp-kr.html>. – Загл. с экрана.
27. **Зурдинова, А.А.** Клиническое руководство «Диагностика, лечение и профилактика вирусного гепатита В» [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Кырг. Респ. от 25 августа 2014 г. № 479. / А.А. Зурдинова, А.З. Кутманова, С.Т. Тобокалова, С.И. Умарова и др. – Режим доступа: <http://www.med.kg/ru/n-hr/kp-kr.html>. – Загл. с экрана.
28. **Зурдинова, А.А.** Клиническое руководство «Диагностика, лечение и профилактика энтеральных вирусных гепатитов А и Е» [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Кырг. Респ. от 25 августа 2014 г. № 479. / А.А. Зурдинова, А.З. Кутманова, С.Т. Тобокалова, С.И. Умарова и др. – Режим доступа: <http://www.med.kg/ru/n-hr/kp-kr.html>. – Загл. с экрана.
29. **Зурдинова, А.А.** «Острые и хронические вирусные гепатиты» [Текст]: Сборник клинических руководств для медицинских работников / А.А. Зурдинова, А.З. Кутманова, С.Т. Тобокалова, С.И. Умарова и др. – Бишкек, 2015. – 295 с.
30. **Зурдинова, А.А.** Клинические протоколы «Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В, С и D» для всех уровней

- здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения КЫРГ. Респ. от 18 января 2017 г. № 42. / А.А. Зурдинова, А.З. Кутманова, С.Т. Тобокалова, С.И. Умарова и др. – Режим доступа: <http://www.med.kg/ru/n-hr/kp-kr.html>. – Загл. с экрана.
31. **Зурдинова, А.А.** Использование лекарственных средств: основы фармакоэпидемиологии, фармакоэкономики и доказательной медицины [Текст]: учебное пособие 2-ое изд. доп. и перераб. / А.А. Зурдинова, А.З. Зурдинов, А.Т. Шараева. – Б.: Айат, 2018. – 296 с.
32. **Зурдинова А.А.** Причины низкой обращаемости мужчин с повышенным артериальным давлением за медицинской помощью [Электронный ресурс] / А.А. Зурдинова, А.Б. Абдраимова, А. Ильязова; Центр анализа и политики здравоохранения – Бишкек, 2016. – Режим доступа: [http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/Men-PRP\\_updated-RUS.pdf](http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/Men-PRP_updated-RUS.pdf). – Загл. с экрана.
33. **Зурдинова, А.А.** Assessment of regulatory impacts on pharmaceutical promotion [Электронный ресурс] / А.А. Зурдинова, А. Абдраимова, А. Самиев; MeTa. – Бишкек, 2015. – Режим доступа: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22343en/s22343en.pdf>. - Загл. с экрана.
34. **Зурдинова А.А.** Ситуационный анализ заболеваемости хроническими болезнями почек и основных факторов риска ее развития и прогрессирования в Кыргызской Республике [Электронный ресурс] / А.А. Зурдинова, А.Б. Абдраимова, Д. Туменбаева; Центр анализа и политики здравоохранения – Бишкек, 2016. – Режим доступа: [http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/CRFstudy\\_UPDATED.pdf](http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/CRFstudy_UPDATED.pdf). – Загл. с экрана.
35. **Zurdinova, A.A.** Guidelines on second and third-line medicines and type of insulin for the control of blood glucose levels in non-pregnant adults with diabetes mellitus [Электронный ресурс] / A. Zurdinova, D. Beran, E. Gale, M. Lepeska et al; WHO, 2018. – Режим доступа: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272433/9789241550284-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. – Загл. с экрана.
36. **Zurdinova, A.A.** The road to free Insulin: Kyrgyzstan case study [Электронный ресурс] / A. Zurdinova, A. Abdraimova, A. Dunganova; Health Action International, 2017. – Режим доступа: <http://accisstoolkit.haiweb.org/public/filemanager/userfiles/Editor-Image/files/kyrgyzstan%20case%20study.pdf>. – Загл. с экрана.

**Зурдинова Аида Аширалиевнанын 14.03.06 – фармакология, клиникалык фармакология адистиги боюнча медицина илимдеринин доктуру окумуштуулук даражасын изденүүгө карата «Далилдөө медицинасынын принциптеринин негизинде клиникалык колдонмолорду иштеп чыгууда жана киргизүүдө рационалдуу дары-дармек менен дарылоону илимий негиздөө» темасындагы диссертациясына**

**РЕЗЮМЕ**

**Түйүндүү сөздөр:** ЖМДКТ, дары каражаттарын пайдаланууну баалоо, клиникалык колдонмолор, клиникалык протоколдор, физикалык жеткиликтүүлүк, экономикалык жеткиликтүүлүк

**Изилдөөнүн максаты:** КР Саламаттыкты сактоо уюмдарында медициналык жардамдын натыйжалуулугун жогорулатуунун сапаттуу жаңы жолдорун иштеп чыгуу зарылчылыгын илимий негиздөө үчүн дары-дармек менен дарылоо көйгөйлөрүнүн абалын изилдөө.

**Изилдөөнүн объекттери:** ЖМДКТ, НДКТ ВОЗ, Кр, 1378 ДКПБ КЧБ, 987 ДКПБ КЧБ, STOPP/START-чен белгилери боюнча, ЖЭОдагы 15 манилүү ДК.

**Изилдөө методдору:** аналитикалык, математикалык эсеп; социологиялык методдор (сурамжылоо, эксперттик баалоо, интервью алуу, дискуссия, фокус-топтор); статистикалык талдоо.

**Изилдөөнүн алынган жыйынтыктарынын илимий жаңылыгы.** КРда биринчи жолу ДСУ Моделдик НДКТ менен шайкештөөгө карата КР ЖМДКТ баалоо, бекитилген Кк, анын ичинде ЖЭО боюнча Кк методологиялык сапатын ретроспективдүү талдоо жана баалоо; ЖЭО боюнча эл аралык Кк менен дары-дармек менен дарылоо бөлүмүнүн мазмунуна салыштырмалуу талдоо; КР саламаттыкты сактоо уюмдарында ДК пайдалануунун аспектирин изилдөө боюнча фармакоэпидемиологиялык изилдөө жүргүзүлдү.

Алынган жыйынтыктар ЖМДКТде (2004-2012-жж.) натыйжалуулугу жана коопсуздугу далилденбеген, ДСУ чен белгилерине шайкеш келбеген ДК киргизилгенин көрсөттү. КР саламаттыкты сактоо уюмдарында ДК рационалдуу эмес пайдалануунун көйгөйлөрү аныкталды: полипрагмазия (100%), ДК киргизүүнүн парентералдык жолдору (53%), ДК соода аталышын пайдалануу (78%), натыйжалуулугу жана коопсуздугу далилденбеген ДК дайындоо (38,7%), ДК жөнүндө маалыматтын ишенимдүү булагынын жоктугу (73%), ДК жөнүндө берилген маалыматты сын көз менен баалоо боюнча билимдин жана көндүмдөрдүн жоктугу (100%), дарыгерлердин Кк жана Кп сактоого төмөнкү жактоочулугу (55%). Мында 30,4% гана Кк стандарттар жана индикаторлор, 26% - Кп, 28,2% - ремайндерлер менен бекемделген, 30,4% да - SIGN боюнча градация деңгээлдери көрсөтүлгөн, 34,8% да – шилтемелер менен кийлигишүүлөр боюнча клиникалык сунуштар бөлүнгөн. Улгайган курактагы бейтаптарга сунушталбаган, далилденбеген, ЖДР өнүгүү тобокелдигин

жогорулатышы мүмкүн болгон ДП дайындалат. ЖЭОда маанилүү ДК физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүгү, инсулиндин рационалдуу эмес борборлоштурулган сатып алуулар боюнча көйгөйлөр аныкталды.

**Колдонуу чөйрөсү:** клиникалык фармакология, саламаттыкты сактоо.



**ШАРТТУУ БЕЛГИЛЕРДИН, СИМВОЛДОРДУН ЖАНА ТЕРМИНДЕРДИН  
ТИЗМЕСИ**

<b>ААБ</b>	-	альфа-адреноблокаторлор
<b>а-ГПП-1</b>	-	глюкагон өңдүү пептид-1 агонисттери
<b>АГК</b>	-	Антигипертензивдик каражаттар
<b>АГТ</b>	-	антигипертензивдик терапия
<b>АК</b>	-	кальций антагонисттери
<b>АСК</b>	-	ацетилсалицил кычкылдыгы
<b>БА</b>	-	бронх астмасы
<b>БАБ</b>	-	бета-адреноблокаторлор
<b>АРБ</b>	-	ангиотензин рецепторлорунун блокаторлору
<b>АВГ</b>	-	А вирустук гепатити
<b>ВВГ</b>	-	В вирустук гепатити
<b>ЕВГ</b>	-	Е вирустук гепатити
<b>СВГ</b>	-	С вирустук гепатити
<b>ДСУ</b>	-	Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму
<b>ГО</b>	-	гипертоникалык оору
<b>РФ ДКМР</b>	-	Россия Федерациясынын Дары каражаттарынын мамлекеттик реестри
<b>ДК жана МТД ДКМР</b>	-	Дары-дармек менен камсыздоо жана медициналык техникалар департаментинин Дары каражаттарынын мамлекеттик реестри
<b>ЭБЗЭГ</b>	-	Эрендик бездин залалдуу эмес гиперплазиясы
<b>ДДБАМ</b>	-	узак таасир берүүчү бета-адреномиметиктер
<b>ДДМХБ</b>	-	узак таасир берүүчү М-холиноблокаторлор
<b>ДМ</b>	-	далилдөө медицинасы
<b>ММК КП</b>	-	Милдеттуу медициналык камсыздандыруунун Кошумча Пакети
<b>ДЦЭ</b>	-	дисциркулятордук энцефалопатия
<b>ИКЖ</b>	-	ичеги-карын жолдору
<b>иНГЛТ-2</b>	-	натрий-глюкозногкотранспортердун 2 типтеги басаңдаткычы
<b>ААФб</b>	-	ангиотензин-айландыруучу ферменттин басаңдаткычтары
<b>ББ</b>	-	бейтап баяны
<b>иГКС</b>	-	ингаляциялык глюкокортикостероиддер
<b>ДПП-4б</b>	-	дипептидилпептидаза -4 басаңдаткычтары
<b>ИПП</b>	-	протон помпасынын басаңдаткычтары
<b>ИТ</b>	-	Инсулин менен дарылоо
<b>МЖС</b>	-	Медициналык жардамдын сапаты
<b>Кп</b>	-	Клиникалык протокол/клиникалык протоколдор
<b>Кк</b>	-	Клиникалык колдонмо/клиникалык колдонмолор
<b>КРСУ</b>	-	Кыргыз-Россия Славян Университети
<b>ДКПБ КЧБ</b>	-	дары каражаттарын пайдаланууну баалоонун карта чек-барагы
<b>ДП</b>	-	Дары препараты
<b>ДК</b>	-	Дары каражаттары
<b>МКЭМ</b>	-	минималдуу бир күндүк эмгек маяна
<b>МДЖТ</b>	-	мультидисциплинардык жумушчу топ
<b>КР ССМ</b>	-	Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлиги
<b>ЭПА</b>	-	Эл аралык патенттелбеген аталыш
<b>МЖ</b>	-	медициналык жардам
<b>МФ</b>	-	метформин

<b>НИЗ</b>	-	жугуштуу эмес оорулар
<b>ЖДР</b>	-	жагымсыз дары реакциялары
<b>СЭСКК</b>	-	стероиддүү эмес сезгенүүгө каршы каражаттар
<b>ССУ</b>	-	саламаттыкты сактоо уюму
<b>НДК</b>	-	Негизги дары каражаттары
<b>МТБ</b>	-	медициналык технологияларды баалоо
<b>КЖЖ</b>	-	курч жүрөк жетишсиздиги
<b>ЖМДКТ</b>	-	Жашоо үчүн маанилүү дары каражаттарынын тизмеси
<b>ПП</b>	-	Өкмөттүн токтому
<b>ПСМ</b>	-	сульфонилмочевина туундулары
<b>РАС</b>	-	ренин-ангиотензин системасы
<b>ДКРП</b>	-	дары каражаттарын рационалдуу пайдалануу
<b>РКИ</b>	-	рандомизирленген контролдоноучу изилдөө
<b>КД</b>	-	кант диабети
<b>ОКЭМ</b>	-	орточо күндүк эмгек маяна
<b>ЖЖ</b>	-	жүрөк жетишсиздиги
<b>НДКТ</b>	-	негизги дары каражаттарынын тизмеси
<b>ЖКО</b>	-	жүрөк-кан тамыр оорулары
<b>ССО</b>	-	жүрөк-кан тамыр оорлошуулары
<b>ИКЖ</b>	-	жүрөк-кан тамыр тобокелдиги
<b>ТД/ТД</b>	-	тиазиддик диуретиктер/тиазид өндүү диуретиктер
<b>УДХК</b>	-	урсодезоксихол кычкылдыгы
<b>БОО</b>	-	бөйрөктүн өнөкөт оорусу
<b>ӨӨКО</b>	-	өпкөнүн өнөкөт кептелме оорусу
<b>ӨЖЖ</b>	-	өнөкөт жүрөк жетишсиздиги
<b>АЖО</b>	-	ашказандын жара оорусу
<b>ADR</b>	-	adverse drug reaction
<b>AGREE</b>	-	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
<b>CG</b>	-	clinical guideline
<b>CP</b>	-	clinical priotocol
<b>CCL ERMU</b>	-	card checklist for evaluating the rational medicines use
<b>DDD</b>	-	Defined daily dose
<b>EML</b>	-	essential medicines list
<b>G-I-N</b>	-	Guidelines International Network
<b>GINA</b>	-	Global Initiative for Asthma
<b>GOLD</b>	-	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
<b>HTA</b>	-	Health Technology Assessment
<b>KR</b>	-	Kyrgyz Republic
<b>MEDLINE</b>	-	US National Library of Medicine. National Institutes of Health
<b>MeSH</b>	-	Medical Subject Headings
<b>NCD</b>	-	non-communicable disease
<b>NICE</b>	-	The National Institute for Health and Care Excellence
<b>ОHC</b>	-	organization health care
<b>SIGN</b>	-	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<b>STOPP/ START</b>	-	Screening Tool of Older Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)
<b>TZD/ТД</b>	-	тиазолиндионы
<b>TRIP</b>	-	Turning Research Into Practice

<b>WHO</b>	-	World health organization
------------	---	---------------------------