

# СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

## Оценка самолечения в рамках регистра нерационального назначения лекарственных препаратов

Марцевич С. Ю.<sup>1</sup>, Царегородцева В. В.<sup>2\*</sup>, Кутишенко Н. П.<sup>1</sup>, Лукина Ю. В.<sup>1</sup>,  
Загребельный А. В.<sup>1</sup>, Михайлова И. В.<sup>3</sup>, Драпкина О. М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

<sup>2</sup>БУ "Республиканский кардиологический диспансер" Министерства здравоохранения Чувашской Республики, Чебоксары, Россия

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова", Чебоксары, Россия

**Цель.** В рамках регистра нерационального применения лекарственных препаратов (Chuvashia Inappropriate Prescribing Study, CHIP) у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями оценить частоту и особенности самолечения (СМЛ).

**Материал и методы.** Исследование CHIP является одномоментным, в него последовательно включались пациенты >50 лет, обратившиеся к кардиологу в консультативную поликлинику БУ "Республиканский кардиологический диспансер" Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Критерии исключения: наличие психических, онкологических заболеваний, выявленных менее 5 лет назад, острой сердечно-сосудистой патологии в течение 6 мес. до обращения. Период включения пациентов – с 14.12.2023 по 07.08.2024. Врачом на приеме проводился осмотр, оценивалась лекарственная терапия, приверженность к ней, проводилась коррекция терапии в соответствии с действующими на момент исследования клиническими рекомендациями. Пациенты заполняли оригинальные опросники по оценке приверженности (шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии) и особенностей фармакотерапии. В настоящей работе описывается протокол исследования и анализируются данные, касающиеся СМЛ.

**Результаты.** В исследование включены 300 пациентов (120 мужчин и 180 женщин), у 120 (40%) из них выявлен факт СМЛ. В число самостоятельно принимаемых больными лекарственных препаратов (ЛП) вошло 140 наименований. Поскольку часть пациентов принимала более 1 препарата, выявлено 164 случая СМЛ. При этом выделены следующие типы СМЛ: самоназначение не показанного препарата (38,4%), самоназначение противопоказанного препарата (0,6%), самоназначение показанного препарата, но не назначенного врачом (2,4%), дублирование препаратов, относящихся к одному классу (3,6%), замена назначенного препарата аналогом (5,5%), оправданное СМЛ (использование как безрецептурных, так и рецептурных препаратов, 23,2%), самостоятельное симптоматическое применение безрецептурных препаратов, не относящееся к оправданному – 26,3%. При оценке результатов СМЛ выявлено 7 (4,3%) случаев, когда оно приводило к созданию потенциально опасной комбинации ЛП. При дублировании ЛП в 2 (1,2%) случаях их комбинация была нерациональной. Замена препарата в 4 (2,4%) случаях считалась неэквивалентной. Статистически значимых различий между пациентами групп с выявленным СМЛ и без него не было, за исключением перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе: среди таких пациентов значимо меньше тех, кто принимал лекарства самостоятельно.

**Заключение.** В регистре CHIP 40% больных, наблюдающихся у врача по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, самостоятельно принимали ЛП (как безрецептурные, так и рецептурные) вместе или вместо назначенной лечащими врачами терапии. Самоназначение непоказанного препарата – самый частый вид СМЛ у пациентов регистра CHIP (38,4%). В 4% случаев последствием СМЛ были потенциально опасные лекарственные комбинации.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, лекарственные препараты, самоназначение, самолечение, безрецептурные препараты, рецептурные препараты, нерациональное назначение лекарственных препаратов, регистр.



**Для цитирования:** Марцевич С. Ю., Царегородцева В. В., Кутишенко Н. П., Лукина Ю. В., Загребельный А. В., Михайлова И. В., Драпкина О. М. Оценка самолечения в рамках регистра нерационального назначения лекарственных препаратов. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2025;21(1):54-60. DOI: 10.20996/1819-6446-2025-3160. EDN MOXVLY

### Assessment of self-treatment in terms of inappropriate prescribing registry

Martsevich S. Yu.<sup>1</sup>, Tsaregorodtseva V. V.<sup>2\*</sup>, Kutishenko N. P.<sup>1</sup>, Lukina Yu. V.<sup>1</sup>, Zagrebelyni A. V.<sup>1</sup>, Mihailova I. V.<sup>3</sup>, Drapkina O. M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Republican Cardiological Dispensary, Cheboksary, Russia

<sup>3</sup>I. N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

**Aim.** To evaluate the frequency and characteristics of self-medication in patients with cardiovascular diseases within the Chuvashia Inappropriate Prescribing Study (CHIP) Registry.

**Material and methods.** The CHIP study is a cross-sectional study, which consistently included patients over the age of 50 who applied to a cardiologist at the outpatient clinic of the Republican Cardiological Dispensary. Exclusion criteria: presence of mental illnesses, oncological diseases detected less than 5 years ago, acute cardiovascular disorders within 6 months prior to treatment. The patient recruitment period is from 12/14/2023 to 08/07/2024. The physician conducted an examination, assessed drug therapy, adherence to it, and adjusted therapy in accordance with the clinical recommendations in force at the time of the study. The patients

completed original adherence assessment questionnaires (the National Society for Evidence-based Pharmacotherapy Adherence Scale) and the pharmacotherapy features. This paper describes the research protocol and analyzes the data related to self-medication.

**Results.** The study included 300 patients (120 men and 180 women), 120 (40%) of them had self-medication. 140 types of medicines were included in the number of medicines taken by patients on their own. Since some of the patients took more than 1 drug, 164 cases of self-medication were identified. The following types of self-medication were identified: self-administration of an unspecified drug (38.4%), self-administration of a contraindicated drug (0.6%), self-administration of an indicated drug but not prescribed by a doctor (2.4%), duplication of drugs belonging to the same class (3.6%), replacement of the prescribed drug with an analog (5.5%), justified self-medication (use of both over-the-counter and prescription drugs; 23.2%), independent symptomatic use of over-the-counter drugs, which is not justified (26.3%). When evaluating the results of self-medication, 7 (4.3%) cases were identified when it led to the creation of a potentially dangerous combination of drugs. When duplicating drugs in 2 (1.2%) cases, their combination was irrational. The replacement of the drug in 4 (2.4%) cases was nonequivalent. There were no statistically significant differences between patients in the groups with and without self-medication, except for the presence of a history of acute cerebrovascular accident: among these patients, there were significantly fewer of those who took medications on their own.

**Conclusion.** In the CHIP registry, 40% of patients observed by a physician for cardiovascular diseases independently took drugs (both over-the-counter and prescription) together with or instead of the therapy prescribed by their physicians. Self-administration of an unspecified drug was the most common type of self-medication in CHIP register patients (38.4%). In 4% of cases, potentially dangerous drug combinations were the consequence of self-medication.

**Keywords:** cardiovascular diseases, drugs, self-prescription, self-medication, over-the-counter drugs, prescription drugs, inappropriate prescribing, registry.

**For citation:** Martsevich S. Yu., Tsaregorodtseva V. V., Kutishenko N. P., Lukina Yu. V., Zagrebnyi A. V., Mihailova I. V., Drapkina O. M. Assessment of self-treatment in terms of inappropriate prescribing registry. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2025;21(1):54-60. DOI: 10.20996/1819-6446-2025-3160. EDN MOXVLY

\*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): my715@yandex.ru

Received/Поступила: 20.01.2025

Review received/Рецензия получена: 28.01.2025

Accepted/Принята в печать: 28.02.2025

## Введение

Нерациональное назначение лекарственных препаратов (ННЛП) является одной из проблем современной медицины. ННЛП возникают на самых разных стадиях лечебного процесса. Их причиной может быть неправильное действие одного врача, несогласованность в назначениях нескольких врачей одной или разных специальностей у мультиморбидных пациентов, ошибки пациента при интерпретации назначений врача, наконец, самостоятельный прием лекарственных препаратов (ЛП).

Зарубежные исследования по изучению ННЛП достаточно многочисленны [1-3], в нашей стране таких исследований значительно меньше. Регистры ННЛП в России в настоящее время отсутствуют.

Проблеме самолечения (СМЛ) посвящён ряд работ зарубежных авторов. Так, результаты иранского систематического обзора показали, что мужчины (9,5%), проживающие в сельской местности (21%) и не имеющие высшего образования (37,5%) имели более высокую вероятность СМЛ [4].

По данным китайских исследователей, экономические (доход на душу населения, телевизионная реклама) и индивидуальные (образование, профессия, влияние членов семьи, физические упражнения) факторы, а также доступность лекарств имели положительную связь с вероятностью СМЛ. Различные симптомы, тяжесть и продолжительность заболевания демонстрируют отрицательную связь с вероятностью СМЛ, определяя степень рациональности в принятии решений [5].

Примечательно, что существует мало исследований по СМЛ среди людей среднего и пожилого возраста [6].

Цель создания регистра нерационального применения лекарственных препаратов CHIP (Chuvashia Inappropriate Prescribing Study) — оценить частоту ННЛП и его связи с мультиморбидностью у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, обращающихся в консультативную поликлинику.

Цель работы — изучить частоту и структуру СМЛ в регистре CHIP.

## Материал и методы

Одномоментное исследование проведено в рамках регистра CHIP. Протокол исследования одобрен независимым этическим комитетом ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России. Каждый пациент давал письменное информированное согласие на обработку персональных данных и на участие в анкетировании с использованием стандартных и оригинальных опросников. В регистр включались все пациенты >50 лет, обратившиеся к кардиологу консультативной поликлиники БУ "Республиканский кардиологический диспансер" Минздрава Чувашии. Критериями исключения были: психические и/или онкологические заболевания, выявленные <5 лет назад, острая сердечно-сосудистая патология в течение 6 мес. до обращения. Период включения пациентов — с 14.12.2023 по 07.08.2024. Врачом на приёме проводился осмотр пациентов, оценивалась

Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика пациентов в регистре СНП

Клинико-демографическая характеристика пациентов					
показатель		без самолечения, n=180	самолечение, n=120	всего, n=300	p-значение
Пол, n (%)	Жен.	106 (58,9)	74 (61,7)	180 (60)	0,719
	Муж.	74 (41,1)	46 (38,3)	120 (40)	
Возраст, лет (M±SD)	Жен.	66,9±7,0	68,3±7,9	67,5±7,4	0,492
	Муж.	64,4±8,0	65,4±7,4	64,8±7,7	0,418
Место жительства, n (%)	Город	112 (62,2)	71 (59,2)	183 (61)	0,682
	Село	68 (37,8)	49 (40,8)	117 (39)	
Образование, n (%)	Высшее	43 (23,9)	27 (22,5)	70 (23,3)	0,107
	Среднее специальное	77 (42,8)	65 (54,2)	142 (47,3)	
	Среднее	60 (33,3)	28 (23,3)	88 (29,3)	
Работает, n (%)	Да	43 (23,9)	26 (21,7)	69 (23,0)	0,759
	Нет	137 (76,1)	94 (78,3)	231 (77)	
Инвалидность, n (%)	Да	50 (27,8)	27 (22,5)	77 (25,7)	0,376
	Нет	130 (72,2)	93 (77,5)	223 (74,3)	
Курение, n (%)	Да	11 (6,1)	5 (4,2)	16 (5,3)	0,637
	Нет	169 (93,9)	115 (95,8)	284 (94,7)	
Употребление алкоголя, n (%)	Нет	138 (76,7)	96 (80)	234 (78)	0,783
	Умеренно	38 (21,1)	22 (18,3)	60 (20)	
	Злоупотребление	4 (2,2)	2 (1,7)	6 (2,0)	
Физическая активность, n (%)	Высокая	119 (66,1)	77 (64,2)	196 (65,6)	0,073
	Средняя	49 (27,2)	41 (34,2)	89 (29,8)	
	Низкая	12 (6,7)	2 (1,7)	14 (4,7)	
Наследственность ранней смерти от ССЗ, n (%)	Да	35 (19,4)	21 (17,5)	56 (18,7)	0,888
	Нет	140 (77,8)	95 (79,2)	235 (78,3)	
	Неизвестно	5 (2,8)	4 (3,3)	9 (3)	
Сопутствующие заболевания в анамнезе					
АГ, n (%)	Да	175 (97,2)	117 (97,5)	292 (97,3)	0,827
	Нет	5 (2,8)	3 (2,5)	8 (2,7)	
ИБС, n (%)	Да	93 (51,7)	59 (49,2)	152 (50,7)	0,012
	Нет	87 (48,3)	61 (50,8)	148 (49,3)	
ИМ в анамнезе (указана доля в % от больных ИБС), n (%)	Да	51 (54,8)	32 (54,2)	83 (27,7)	0,925
	Нет	42 (45,2)	27 (45,8)	217 (72,3)	
ОНМК, n (%)	Да	17 (9,4)	2 (1,7)	19 (6,3)	0,007
	Нет	163 (90,6)	118 (98,3)	281 (93,7)	
ФП, n (%)	Да	36 (20)	31 (25,8)	67 (22,3)	0,235
	Нет	144 (80)	89 (74,2)	233 (77,7)	
Нарушения углеводного обмена, n (%)	Да	61 (33,9)	37 (30,8)	98 (32,7)	0,581
	СД 2 типа	45 (73,8)	22 (59,5)	67 (68,4)	
	СД 1 типа	1 (1,6)	0 (0)	1 (1,0)	
	НТГ	15 (24,6)	15 (40,5)	30 (30,6)	
	Нет	119 (66,1)	83 (69,2)	202 (67,3)	
Ожирение, n (%)	Да	65 (36,1)	44 (36,7)	109 (36,3)	0,922
	Нет	115 (63,9)	76 (63,3)	191 (63,7)	
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, АГ – артериальная гипертония, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ФП – фибрилляция предсердий, СД – сахарный диабет, НТГ – нарушение толерантности к глюкозе					

назначенная лекарственная терапия, её соответствие установленному диагнозу. С помощью оригинальных опросников оценивались приверженность пациента к назначенной терапии (шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии [7]), определялись все фактически принимаемые ЛП, наличие СМЛ, его особенности. Также проводилась коррекция терапии в соответствии с клиническими рекомендациями, действовавшими на момент проведения исследования.

Под СМЛ понимали самостоятельное применение больным ЛП (как рецептурных, так и безрецептурных) без назначения лечащего врача и без консультации с другими медицинскими работниками. Оправданное СМЛ – самостоятельное использование пациентом как безрецептурных, так и рецептурных ЛП для симптоматической терапии.

#### Статистический анализ

Для статистической обработки данных использовалось программное обеспечение SPSS 23.0. Дан-

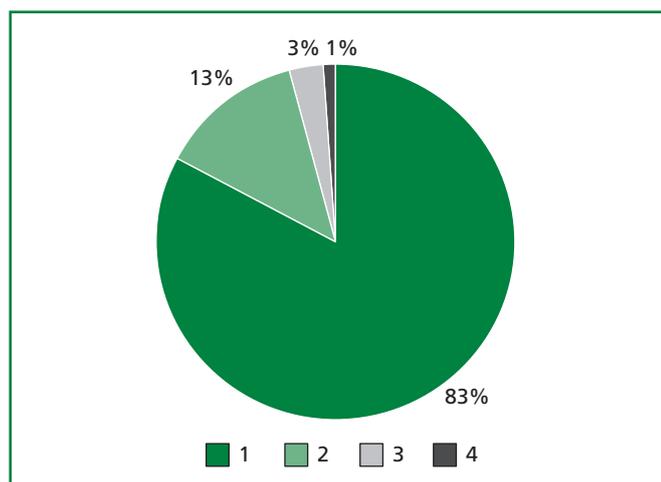


Рисунок. Распределение пациентов в регистре СНП по количеству принимаемых препаратов при самолечении

ные представлены в виде среднего и среднеквадратичного отклонения в случае нормального распределения непрерывных количественных величин или медианы и интерквартильного размаха в случаях, когда распределение отличается от нормального. Нормальность распределения определялась при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. Для качественных параметров указывались доли (в процентах) от общего числа наблюдений. Различия по количественным признакам оценены с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок (при нормальном распределении данных), или при помощи критерия Манна–Уитни (при распределении отличном от нормального); по качественным – с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона (с поправкой Йейтса на непрерывность) или при необходимости с помощью точного теста Фишера. Значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

## Результаты

Всего в исследование включены 300 больных: 120 мужчин и 180 женщин. Средний возраст мужчин составил  $64,8 \pm 7,7$  лет, женщин –  $67,5 \pm 7,4$  лет. Клинико-демографическая характеристика больных, включённых в исследование, представлены в табл. 1.

Статистически значимых различий между группами пациентов с выявленным СМЛ и без него не было, за исключением перенесённого острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе: среди таких пациентов значимо меньше тех, кто принимал лекарства самостоятельно.

По результатам анкетирования у 120 человек выявлен факт СМЛ. Распределение пациентов по количеству принимаемых самостоятельно ЛП представлено на рис. 1.

Таблица 2. Распределение препаратов, применяемых при самолечении, по группам

Группы препаратов	Количество пациентов, n (%)
Антиагреганты	4 (2,9)
Диуретики	5 (3,6)
иАПФ	8 (5,7)
Антагонисты кальция	4 (2,9)
БРА	5 (3,6)
$\beta$ -блокаторы	1 (0,7)
Статины	1 (0,7)
Цитопротекторы	2 (1,4)
Антибактериальные препараты	2 (1,4)
ПНЖК	10 (7,1)
ИПП	36 (25,7)
НПВП	16 (11,4)
Другие	45 (32,2)
Гипогликемические препараты	1 (0,7)
Всего	140 (100)

иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина II, ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты, ИПП – ингибиторы протонной помпы, НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

Таблица 3. Типы самолечения пациентов в регистре СНП

Типы самолечения	Количество случаев, n (%)
Самоназначение не показанного препарата	63 (38,4)
Самоназначение противопоказанного препарата	1 (0,6)
Самоназначение показанного, не назначенного врачом	4 (2,4)
Дублирование	6 (3,6)
Замена аналогом	9 (5,5)
Прочее (безрецептурные препараты)*	43 (26,3)
Оправданное	38 (23,2)
Всего	164 (100)

\* – самостоятельное симптоматическое применение безрецептурных препаратов, не относящееся к оправданному

В число принимаемых больными самостоятельно ЛП вошло 140 наименований.

Четверть пациентов группы СМЛ самостоятельно принимала ингибиторы протонной помпы (25,7%) (из них 91% – омепразол), 11,4% – различные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 7,1% – полиненасыщенные жирные кислоты, 5,7% – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, 3,6% – диуретики. В группу "Другие" вошли антациды, ферменты, венотоники, цитопротекторы, ноотропные, метаболические и антибактериальные препараты, а также спазмолитики и анксиолитики. Общая доля приема этих препаратов составила 32,2%. Наиболее часто пациенты принимали ингибиторы протонной помпы (четверть всех случаев). Каждый десятый самостоятельно лечился препаратами группы НПВП (табл. 2).

Таблица 4. Опасные комбинации в результате самолечения пациентов в регистре СНИР

Группы	МНН	Количество случаев, n (%)
Антиагреганты + ОАК	Ацетилсалициловая кислота + варфарин	1 (4,5)
иАПФ + БРА	Периндоприл + лозартан Лизиноприл + лозартан	2 (9,1)
иАПФ + АРНИ	Периндоприл + валсартан + сакубитрил	1 (4,5)
НПВП + комбинированный препарат	Нимесулид + АСК + парацетамол Мелоксикам + АСК + парацетамол	2 (9,1)
НПВП + НПВП	Кеторолак + ибупрофен	1 (4,5)

МНН – международное непатентованное название, ОАК – оральные антикоагулянты, иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина II, АРНИ – антагонисты ангиотензиновых рецепторов и неприлизина, НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

При анализе полученных данных выделены следующие типы СМЛ:

- самолечение не показанного ЛП;
- самолечение противопоказанного ЛП;
- самолечение показанного ЛП, но не назначенного врачом;
- дублирование ЛП, относящихся к одному классу;
- замена назначенного ЛП аналогом;
- прочее (использование безрецептурных ЛП);
- оправданное СМЛ.

Приём одного препарата мог относиться к разным типам СМЛ, например, самолечение не показанного ЛП, и дублирование, таким образом, выявлено 164 случая СМЛ у 120 пациентов (табл. 3). Самолечение не показанного препарата было самым частым видом СМЛ у пациентов регистра СНИР (38,4%).

Препараты без показаний самостоятельно принимали более трети (38,4%) пациентов, 1 (0,6%) пациент принимал ЛП, который был ему противопоказан, приём двух препаратов одной группы зарегистрирован в 3,6% случаев, в 5,5% – замена назначенного препарата аналогом. Оправданное СМЛ регистрировалось менее чем в четверти (23,2%) случаев.

При оценке результатов СМЛ выявлены 7 случаев, когда оно приводило к созданию потенциально опасной комбинации ЛП. При дублировании ЛП в двух случаях их комбинация была нерациональной за счёт дополнительного приёма препарата в составе фиксированной комбинации (амлодипин и индапамид). Замена ЛП в четырёх случаях была неэквивалентной (табл. 4).

## Обсуждение

Регистр СНИР является первым в Российской Федерации регистром ННЛП, выполненным с соблюдением всех правил формирования: одинаковый набор показателей для каждого пациента, сплошное включение пациентов, т.е. включение всех пациентов, удовлетворявших заданным целям регистра, ограниченное только временными и территориальными рамками [8].

Проблема СМЛ больных, рассматриваемая в настоящей работе, изучена недостаточно. В литературе имеются отдельные публикации по СМЛ психотропными препаратами, антибиотиками, а также безрецептурными препаратами [9-11]. Удалось найти только одну работу по изучению СМЛ сердечно-сосудистыми препаратами, выполненную в Индонезии [12].

В литературе в настоящее время нет единого мнения, что относится к СМЛ. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, под СМЛ понимают "активность отдельных больных, семей и сообществ, предпринимаемую с целью улучшения здоровья, предупреждения болезней, ограничения болезней и восстановления здоровья"<sup>1</sup>. Ряд зарубежных авторов под СМЛ понимают "сценарий, когда человек использует безрецептурные ЛП или другие подходы для того, чтобы справиться с болезнью" [13], не видя в этом ничего предосудительного. В ряде стран считают целесообразным обучать больных лечению антибиотиками, причём считается, что этим должны заниматься фармацевты и другие работники, занятые в продаже лекарств [14].

Тем не менее в ряде случаев СМЛ может приводить к применению противопоказанных ЛП, нерациональных комбинаций ЛП, в том числе потенциально опасных для жизни больного.

В представленном исследовании под СМЛ понимали самостоятельный приём ЛП (как рецептурных, так и безрецептурных) больным в дополнение или вместо ЛП, назначенных лечащим врачом. Такой тип СМЛ принципиально отличен от ответственного СМЛ, принцип которого состоит в создании условий и предпосылок к формированию у населения ответственного отношения к своему здоровью, здоровью детей и близких за счёт ведения здорового образа жизни, более широкого и грамотного применения, в первую очередь, безрецептурных ЛП с целью профилактики или самостоятельного лечения легких недомоганий и хронических неинфекционных заболеваний при продолжении терапии, назначенной врачом [15].

<sup>1</sup> WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357828/9789240052192-eng.pdf?sequence=1>

Представленное исследование показало, что СМЛ практикуется значительной частью больных (40%). При этом около половины больных для СМЛ использовали безрецептурные ЛП. Следует отметить, однако, что при нерациональном использовании безрецептурных ЛП могут возникать достаточно серьезные проблемы как вследствие их применения в нарушение инструкции (off-label), так и за счёт нежелательного взаимодействия с другими ЛП, в том числе выписанными врачом [16, 17]. Другая часть больных самостоятельно использовала ЛП, считающиеся рецептурными, но в реальной практике свободно отпускаемые в аптеке. Сюда входили почти все группы ЛП, использующихся для лечения артериальной гипертонии и стабильно протекающей ишемической болезни сердца.

В исследовании, проведённом в Индонезии, выявлена высокая частота СМЛ у пациентов с артериальной гипертонией, 70% принимают безрецептурные препараты для лечения легких заболеваний [12].

Национальный опрос, проведённый в 2008 г. в Китае, показал, что общая распространённость самолечения составила 27%. В настоящем исследовании доля пациентов с выявленным фактом СМЛ оказалась 40%.

В Китае распространённость самолечения значительно выше в городских районах по сравнению с сельскими (31,2% против 14,9%). В настоящем исследовании также прослеживалась подобная тенденция (59,2% vs 40,8%) [13].

Частота самостоятельного использования антибактериальных препаратов в регистре СНП значительно ниже (1,4%), чем в исследовании учёных из Танзании, где самолечение антибиотиками было широко распространено – от 41,0% (по самооценке) до 60,3% (по наблюдениям) [14].

В исследовании, проведённом в Эритрее, 93,7% покупателей в аптеке занимались СМЛ с помощью безрецептурных препаратов, причём в 15 раз чаще это были люди с низким уровнем образования [15]. В представленном исследовании такой взаимосвязи не наблюдалось.

По данным зарубежных авторов, частота СМЛ также зависит от вида страхования, религиозных и иных

факторов [16, 17]. Для пациентов в регистре СНП эти факторы существенного влияния не имели.

Показано, что практикуемое СМЛ в сочетании с принимаемыми больным препаратами, назначенными лечащим врачом, может приводить к проблемам, относящимся к нерациональному применению ЛП: назначение противопоказанных лекарств, дублированию ЛП, неэквивалентной замене, и самое главное появлению так называемых потенциально опасных комбинаций ЛП [18], приём которых может привести к серьёзным побочным явлениям, в том числе к смертельному исходу. Такими комбинациями, в частности, были выявленное сочетание антиагреганта и антикоагулянта, а также сочетание иАПФ и АРА.

#### Ограничения исследования

Все включённые в настоящее исследование больные находились под наблюдением лечащего врача, направившего их на консультацию, и не охватывало тех больных, которые, занимаясь СМЛ, вообще не обращаются к врачу или обращаются только эпизодически [19]. По-видимому, реальная частота СМЛ существенно выше, чем была выявлена в представленном исследовании.

## Заключение

Таким образом, исследование показало, что более трети больных, наблюдающихся у врача по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, самостоятельно назначают себе ЛП (как безрецептурные, так и рецептурные) вместе или вместо назначенной лечащими врачами терапии. В ряде случаев это может приводить к применению противопоказанных ЛП, нерациональных комбинаций ЛП, в том числе потенциально опасных для жизни больного.

**Отношения и Деятельность.** Нет.  
**Relationships and Activities.** None.

**Финансирование:** Нет.  
**Funding:** None.

## References / Литература

1. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2052-81. DOI:10.1111/jgs.18372.
2. O'Connor MN, Gallagher P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing: criteria, detection and prevention. *Drugs Aging.* 2012;29(6):437-52. DOI:10.2165/11632610-000000000-00000.
3. Roux B, Berthou-Contreras J, Beuscart JB, et al. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. *Eur J Clin Pharmacol.* 2021;77(11):1713-24. DOI:10.1007/s00228-021-03145-6.
4. Shaghghi A, Asadi M, Allahverdipour H. Predictors of Self-Medication Behavior: A Systematic Review. *Iran J Public Health.* 2014;43(2):136-46.
5. Wang R, Ma C, Jiang K, et al. Descriptions of self-treatment for the middle-aged and elderly in Shanxi, China. *PLoS One.* 2018;13(6):e0198554. DOI:10.1371/journal.pone.0198554.
6. Yuefeng L, Keqin R, Xiaowei R. Use of and factors associated with self-treatment in China. *BMC Public Health.* 2012;12:995. DOI:10.1186/1471-2458-12-995.
7. Lukina YV, Kutishenko NP, Martsevich SY, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2020;17(4):576-83 (In Russ.) [Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности к лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.* 2020;17(4):576-83]. DOI:10.20996/1819-6446-2021-08-02.
8. Martsevich SY, Kutishenko NP, Lukina YV, et al. Observational studies and registers. Their quality and role in modern evidence-based medicine. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2021;20(2):2786 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В. и др. Наблюдательные исследования и регистры. Их качество и роль в современной доказательной медицине. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2021;20(2):2786]. DOI:10.15829/1728-8800-2021-2786.

9. Schepis TS, Klare DL, Ford JA, McCabe SE. Prescription Drug Misuse: Taking a Lifespan Perspective. *Subst Abuse*. 2020;14:1178221820909352. DOI:10.1177/1178221820909352.
10. Chang J, Lizer A, Patel I, et al. Prescription to over-the-counter switches in the United States. *J Res Pharm Pract*. 2016;5(3):149-54. DOI:10.4103/2279-042X.185706.
11. Bell J, Dziekan G, Pollack C, Mahachai V. Self-Care in the Twenty First Century: A Vital Role for the Pharmacist. *Adv Ther*. 2016;33(10):1691-703. DOI:10.1007/s12325-016-0395-5.
12. Rahmawati R, Bajorek BV. Self-medication among people living with hypertension: a review. *Fam Pract*. 2017;34(2):147-53. DOI:10.1093/fampra/cmw137.
13. Zhao Y, Ma S. Observations on the Prevalence, Characteristics, and Effects of Self-Treatment. *Front Public Health*. 2016;4:69. DOI:10.3389/fpubh.2016.00069.
14. Loosli K, Nasuwa F, Melubo M, et al. Exploring drivers of self-treatment with antibiotics in three agricultural communities of northern Tanzania. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2024;13(1):94. DOI:10.1186/s13756-024-01453-x.
15. Tolpygina SN, Martsevich SY, Kontsevaya AV, et al. Responsible self-care — the fundamental principles and place in the modern Russian healthcare system. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2018;14(1):101-10 (In Russ.) [Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Концевая А.В. и др. Ответственное самолечение — основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2018;14(1):101-10]. DOI:10.20996/1819-6446-2018-14-1-101-110.
16. Lifshitz A, Arrieta O, Burgos R, et al. Self-medication and self-prescription. *Gac Med Mex*. 2020;156(6):600-2. DOI:10.24875/GMM.M21000456.
17. Tesfamariam S, Anand IS, Kaleab G, et al. Self-medication with over the counter drugs, prevalence of risky practice and its associated factors in pharmacy outlets of Asmara, Eritrea. *BMC Public Health*. 2019;19(1):159. DOI:10.1186/s12889-019-6470-5.
18. Martsevich SY, Kutishenko NP, Lukina YV, et al. Evidence-based pharmacotherapy in cardiology. National guideline. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2024;20(1):105-70 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В. и др. Доказательная фармакотерапия в кардиологии. Национальное руководство. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2024;20(1):105-70]. DOI:10.20996/1819-6446-2024-2992.
19. Martsevich SY, Zolotareva NP, Zagrebelnyy AV, et al. Refusal of prescribed drug therapy (absolute non-adherence) after acute myocardial infarction/unstable angina: data from prospective observation in the LIS-3 registry. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2023;19(6):572-8 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Золотарева Н.П., Загребельный А.В. и др. Отказ от назначенной лекарственной терапии (абсолютная неприверженность) после перенесенного острого инфаркта миокарда/нестабильной стенокардии: данные проспективного наблюдения в регистре ЛИС-3. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2023;19(6):572-8]. DOI:10.20996/1819-6446-2023-2988.

Сведения об Авторах/About the Authors

**Марцевич Сергей Юрьевич** [Sergey Yu. Martsevich]

eLibrary SPIN 7908-9554, ORCID 0000-0002-7717-4362

**Царегородцева Виктория Витальевна** [Victoria V. Tsaregorodtseva]

eLibrary SPIN 4676-0118, ORCID 0009-0006-2944-8695

**Кутишенко Наталья Петровна** [Natalia P. Kutishenko]

eLibrary SPIN 7893-9865, ORCID 0000-0001-6395-2584

**Лукина Юлия Владимировна** [Yulia V. Lukina]

eLibrary SPIN 8949-4964, ORCID 0000-0001-8252-3099

**Загребельный Александр Васильевич** [Alexandr V. Zagrebelnyy]

eLibrary SPIN 8150-1044, ORCID 0000-0003-1493-4544

**Михайлова Ирина Владимировна** [Irina V. Mihailova]

eLibrary SPIN 1998-0610, ORCID 0000-0001-7665-2572

**Драпкина Оксана Михайловна** [Oksana M. Drapkina]

eLibrary SPIN 4456-1297, ORCID 0000-0002-4453-8430