

УДК: 614.253.8:616-053.9

К.І. СМЕТАНІНА, к. фарм. н., доцент

/Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького/

Геріатричні хворі: проблематика комплаєнсу та шляхи його оптимізації (погляд провізора)

Резюме

Особливості організму осіб похилого та старечого віку впливають не лише на тактику діагностичних, профілактичних заходів, що їм проводяться, методику вибору фармакотерапії, але й процес індивідуального підбору лікарських засобів з урахуванням певного режиму дозування, протипоказань, обмежень до використання ліків та інших аспектів лікарського забезпечення. Весь процес медичної та фармацевтичної допомоги геріатричним хворим неможливо здійснити без тісної взаємодії між лікарем, який призначає лікарські засоби; провізором, який ці препарати має відпустити, надавши консультативно-інформаційну послугу; та власне хворим, який безпосередньо здійснює у даному процесі. Питання значущості комплаєнсу, тобто довіри до дій лікаря і провізора, набувають актуальності, особливо у людей похилого віку, і потребують удосконалення та оптимізації.

Ключові слова: комплаєнс, геріатричний хворий, фармацевтична геріатрія

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) приблизно половина осіб старше 60 років з хронічними захворюваннями не виконують рекомендацій лікаря щодо особливостей профілактики і тактики лікування. Недотримання призначень лікаря призводить до серйозних медичних наслідків. Так, порушення режиму терапії істотно знижує ефективність лікування. Прийом найоптимальніших з усіх позицій ліків стає марним, якщо пацієнт не виконує призначення лікаря: у кращому випадку стан хворого не змінюється, у гіршому – захворювання продовжує прогресувати. До того ж, переоцінка лікарем дисциплінованості хворого у поєднанні з неефективністю лікування призводить до багаторазових переглядів фармакотерапії та призначення нових лікарських засобів (ЛЗ). За відсутності очікуваного ефекту лікар розчаровується в успіху лікування, знижується його професійний інтерес до пацієнта, створюється враження «безперспективності» хворого. Якщо пацієнт недооцінює важливість дотримання медичних рекомендацій, недостатня ефективність фармакотерапії викликає недовіру до професіоналізму лікаря, дискредитує в очах хворого сучасну медицину і систему медичної допомоги. Виникає ситуація, коли спочатку хворий, а потім і лікар сприяють зниженню успішності лікування [11]. На цьому етапі вчасна фармацевтична допомога належним чином може вплинути на медичну допомогу та процес лікарського забезпечення та комплаєнс зокрема.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалами та методами дослідження були: аналіз публікацій присвячених проблематиці взаємодії лікаря, пацієнта і провізора в аспекті фармацевтичної опіки.

Метою дослідження було визначення особливості комплаєнсу в геріатричній практиці та накреслення основних шляхів його оптимізації.

Результати та їх обговорення

Для позначення правильності дотримання хворим рекомендацій лікаря запропоновано термін «комплаєнс» (англ. «дотримання» – поступливість, піддатливість). Це поняття характеризує поведінку хворого щодо всього спектра медичних призначень: від правильності прийому ліків, точності виконання діагностичних і профілактичних заходів – до формування здорового способу життя і якості ефективної фармакотерапії [2].

Найчастіше під комплаєнсом розуміють дотримання хворим режиму лікарської терапії. Проте даний термін об'єднує в собі поняття «терапевтичний альянс», «згода з медичними рекомендаціями», «прихильність терапії», «терапевтична співпраця» тощо [2, 12], що підкреслюють необхідність поваги точки зору хворого щодо можливих методів лікування; формування партнерських відносин між лікарем і пацієнтом, пацієнтом і провізором, лікарем і провізором з метою досягнення розумної тактики ведення хворого від моменту виписування препарату до видачі його з аптеки; спільного визначення тактики індивідуальної фармакотерапії.

Основна увага проблемі комплаєнсу приділяється у випадку хронічної патології. При хронічних захворюваннях медичні рекомендації довгострокові, інколи – протягом усього життя, і успіх лікування досягається тільки при тривалій терапії. Тому від хворого потрібна велика наполегливість у правильності виконання призначень лікаря. Цей аспект є актуальним в плані вибору тактики ведення геріатричного хворого.

Моделі поведінки хворих, які суперечать рекомендаціям лікарів, – різні. Недотримання хворим медичних призначень може проявлятися зміною дозування препарату (навмисною чи випадковою), нерегулярним прийомом ЛЗ, неточністю часу прийому або повною відмовою від лікування. Іноді хворі приймають лише ті ліки, від яких, на їхню думку, можна отримати більше користі чи менше шкоди, ніж від препаратів, призначених лікарем [4]. Необхідно враховува-

ти, що фармакотерапія конкретного хворого є суто індивідуалізованою і здатна змінюватися на різних етапах лікування.

Питання оцінки комплаєнсу на даний час ще не вирішене. Кожен із запропонованих методів оцінки має недоліки. Використовується визначення рівня лікарських засобів або їх метаболітів у біологічних рідинах, підрахунок кількості «невикористаних» хворим таблеток, облік повторно виписаних рецептів або електронний моніторинг за допомогою мікропроцесора, вмонтованого в кришку ємкості з ліками (метод, поширений за кордоном) [1, 5]. В умовах сучасної практичної медицини ці методи обтяжливі, тому на практиці терапевтичне співробітництво частіше оцінюється шляхом опитування та анкетування пацієнта (під час бесіди, побудованої на партнерстві) або його родичів (у разі відмови хворого співкуватися з лікарем).

Відомо, що на формування терапевтичного співробітництва впливають: психологічні особливості хворого, клінічні особливості захворювання, особливості терапевтичної програми, соціально-економічні чинники, фактори, пов'язані з організацією медичної допомоги, тощо.

Крім того, різні види антагонізму між лікарськими речовинами призводять до зниження терапевтичного ефекту, що ними зумовлюється. Вибудовується «ланцюг» несприятливих факторів: поліморбідність – політерапія – поліпрагмазія – взаємодія лікарських речовин – побічні явища і можливе зниження терапевтичного ефекту [7]. Тому для лікаря, який має справу з хворими старше 60 років, виділення головних моментів терапії в цілому комплексі лікувальних заходів з метою зниження кількості ЛЗ, що призначаються, має стати непохитним правилом.

Прихильність хворого до рекомендацій лікаря залежить від поєднання різних факторів, які взаємно підсилюють або послаблюють вплив на комплаєнс. Виявлення цих факторів дозволяє усунути недоліки та оптимізувати лікувальну програму.

Загальні особливості геріатричного пацієнта, з якими нерозривно пов'язане формування належного рівня терапевтичного та фармацевтичного обслуговування, в тому числі комплаєнсу, представлено на рисунку 1.

У хворих літнього віку часто виявляється відразу декілька захворювань, що уражують різні органи і системи, лікування яких проводиться різними фахівцями. Хронічний обструктивний бронхіт, ішемічна хвороба серця, венозна недостатність, цукровий діабет, хронічний холецистит, глаукома вимагають проведення специфічної терапії. Хворі змушені приймати велику кількість ЛЗ у різних дозуваннях і в різний час, своєчасно купувати препарати. Складний режим терапії (прийом великої кількості ліків в чітко підібраній дозі, у певний час, з дотриманням режиму фармакотерапії, харчування) ускладнює формування терапевтичного співробітництва та негативно впливає на комплаєнс.

У старечому віці хворі часто втрачають здатність до самообслуговування через зниження витривалості до навантажень, загального постаріння, порушення зору (катаракта), неврологічних розладів (парези, порушення функції тазових органів), психічних змін (психоорганічний синдром), патології кісткової системи (перелом шийки стегна). Безпорадність пацієнта порушує комплаєнс навіть у разі його згоди із запропонованим лікуванням, готовністю лікуватися. Дотримання режиму терапії

у таких хворих забезпечується завдяки допомозі членів сім'ї або домашніх доглядальниць. Актуального значення при цьому набуває процес зберігання ліків. Важливо, щоб ЛЗ зберігалися в доступному місці або на очах у хворого. Корисно використовувати спеціальні пристосування для прийому ліків, звукові сигнали, що нагадують про прийом препаратів тощо. Необхідно в зрозумілій формі пояснити хворому, як потрібно приймати ліки, надати чіткі письмові інструкції. Підтримці терапевтичного співробітництва сприяє активний патронаж таких хворих на дому [6].

Особливо важливу роль в організації медичної допомоги громадянам похилого віку відіграє лікарське забезпечення. Серед відвідувачів аптек особи старшого віку становлять більше половини усіх споживачів ліків, при цьому ними споживається половина всіх ліків, що випускається. Подальше зростання випуску ліків, непродумана їх популяризація може призвести до збільшення обсягів самолікування, а вже сьогодні показник помилок при прийомі ліків людьми похилого віку сягає 60%.

Виразене зниження функціональних і адаптаційних можливостей організму зумовлює здебільшого хронічний характер перебігу захворювань, що впливає на фармакодинаміку і фармакокінетику лікарських засобів, а також побічні ефекти, які спостерігаються частіше. Тому при проведенні індивідуалізованої фармакотерапії в геріатричній практиці недопустимою є поліпрагмазія (прийом одночасно кількох препаратів) [3]. Слід пам'ятати, що дози мають бути нижчими порівняно з такими для дорослих (винятком є антибіотики і сульфаніламідиди), а призначення кількох ЛЗ повинно бути наукового обґрунтоване та підтвержене доказовою базою щодо ефективності та безпеки фармакотерапії [8].

У зв'язку з цим виділяють такі принципи геріатричної фармакотерапії:

- у осіб старше 60 років імовірність розвитку побічних ефектів істотно більша, ніж у людей молодшого віку;
- на фоні зниження компенсаторних можливостей щодо факторів, які завдають шкоди особам похилого і старечого віку;



Рис. 1. Індивідуальні особливості геріатричних хворих, що впливають на тактику їх фармакотерапії та профілактики [11]

го віку, навіть незначний ступінь лікарської інтоксикації може спричинити серйозні зміни в організмі;

- серед людей похилого віку, окрім хворих, трапляються й практично здорові люди, що мають схильність до самолікування, отримання консультацій, які часто і систематично застосовують ліки з «профілактичною» метою. Тому для запобігання ускладненням фармакотерапії лікар, який призначає курс лікування, мусить з'ясувати лікарський анамнез геріатричного хворого та скоординувати свою терапію з тією, що раніше застосовувалася;
- вибір конкретних препаратів та методики фармакотерапії у випадку геріатричних хворих має бути строгого обґрунтуванням;
- медикаментозна терапія має бути спрямована на лікування захворювання, що визначає тяжкість стану хворого. Це надасть змогу виключити неприпустиму в цих вікових групах поліпрагмазію;
- фармакотерапія добирається індивідуально для кожного хворого; дозування препарату – з урахуванням вікових змін чутливості та реактивності органів, систем і цілісного організму, особливостей всмоктування, метаболізму та виведення препарату у даного хворого з конкретними захворюваннями. Лікар зобов'язаний призначати препарати тільки з добре відомими йому лікувальними та можливими побічними ефектами;
- у лікуванні необхідно користуватися правилом малих доз. При цьому на початку лікування призначають половину або третину загальноприйнятої дози і, поступово збільшуючи початкову дозу, з'ясовують ступінь толерантності хворого до препарату та його оптимальну кількість, необхідну для досягнення лікувального ефекту. При його досягненні встановлюється підтримуюча доза для тривалої терапії;
- з урахуванням складних патогенетичних механізмів багатьох захворювань способом підвищення ефективності лікування геріатричних хворих є призначення лікарських комплексів з однотипним кінцевим фармакотерапевтичним ефектом їх компонентів, але різним механізмом дії;
- якщо призначаються відразу декілька ЛЗ, слід враховувати ймовірність, характер та наслідки їхньої взаємодії в організмі людини літнього віку, вплив їжі, алкоголю, тютюну та інших факторів на процес всмоктування, розподілу, елімінації тощо;
- при тривалому прийомі ліків, пов'язаному з хронічним перебігом багатьох захворювань, у осіб старших вікових груп до них може розвинути звикання, яке вимагає збільшення дозування, що підвищує ризик розвитку медикаментозної інтоксикації. При лікуванні хронічного захворювання фармакотерапія має бути скоригована з урахуванням його динаміки, чергування періодів ремісії та загострення. Лікар повинен вміти оцінити необхідність та своєчасність зниження дозування і зменшення кількості одночасно призначуваних ЛЗ, заміни одних засобів іншими зі схожим терапевтичним ефектом, переходу на підтримуючі дози профілактичного лікування та перерви в лікуванні.

На даний час втрачено міцний зв'язок між лікарем і провізором. Формально лікаря, провізора і пацієнта об'єднує рецепт,

тобто документ, що є вказівкою для провізора, який препарат видати хворому. Основними обов'язками провізора в аптеці вважається відпуск ліків і товарів медичного призначення, часто у нього немає часу і можливостей розібратися в призначеннях лікаря разом з пацієнтом, пояснити хворому, чому лікар прописав саме такий ЛЗ або поєднання кількох, впевнити хворого у правильності призначення чи, навпаки, попередити про шкідливість їх одночасного призначення та загалом про особливості прийому. Проте обов'язки провізора першого столу набагато ширші за рутинний відпуск лікарських засобів та інших товарів аптечного асортименту.

Інший учасник лікувально-інформаційного процесу – лікар – у більшості випадків зосереджений на кількості своїх пацієнтів, а не на якості лікування та рекомендаціях. Доволі часто лікар при прийомі пацієнта ігнорує свій обов'язок виписати рецепт (у крайньому варіанті рекомендація дається усно або на листочку паперу). Пацієнт іде в аптеку, де намагається придбати ЛЗ без рецепта. На жаль, це складає типову картину сучасного процесу взаємодії у ланцюгу «лікар – хворий – провізор». Тому пацієнт часто буває малоінформованим щодо свого захворювання та особливостей його лікування і профілактики, наляканий інформацією, що оточує його із ЗМІ, яка є у 50% неправдивою, втрачає довіру як до одних спеціалістів, так і до інших [10].

Від якості взаємовідносин між лікарем та пацієнтом, окремо – між провізором і пацієнтом (рис. 2), залежить успіх фармакотерапії. Основними складовими компонентами медичного підходу є: співпраця, можливість поділитися сумнівами з особою в білому халаті та правдиві відносини. Від того, як вони побудовані, який контакт налагоджений з хворим, залежить якість процесу лікування та загалом – якість життя хворого. І всюди на перше місце висуваються вимоги: чітке дотримання основ медичної і фармацевтичної етики, деонтології, опіки, допомоги тощо.

Тісна співпраця спеціалістів вигідна всім учасникам лікувального процесу: лікарю – впевненому у якості препаратів і ефективності фармакотерапії; провізору – який має можливості підбирати асортимент аптечних ліків залежно від конкретних потреб;



Рис. 2. Особливості взаємовідносин «лікар – пацієнт – провізор»

пацієнту – який при цьому має гарантовану можливість отримати необхідний препарат доведеної якості і ефективності та захистити себе від шкідливості самолікування.

Висновки

Враховуючи викладене, можна стверджувати, що на певних етапах процесу лікування провізори (фармацевти) відіграють важливу роль у системі моніторингу і проведення ефективної і безпечної фармакотерапії, що визначається стратегічним напрямом розвитку охорони здоров'я у всьому світі, який за формулюванням ВООЗ має орієнтацію «фокус на пацієнта» [11]. Саме у «фокусі на пацієнта» закладено основний етичний принцип «не нашкодь», який є одним з основних принципів фармацевтичної опіки. Весь комплекс заходів, який здійснюється провізором через систему фармацевтичної опіки, визначає його відповідальність перед конкретним пацієнтом за результат лікування [12]. При цьому фармацевтична опіка, яку здійснює провізор, не є конкуренцією медичній опіці пацієнта, а навпаки – доповнює її з метою підвищення якості та безпеки фармакотерапії.

Належне місце в геріатричній практиці займає медикаментозна терапія, тому лікар повинен постійно бути в тандемі з провізором, який допоможе йому розібратися у ринку сучасних ЛЗ, половина з яких є генериками. Основним завданням сьогодення є покращення комплаєнсу типу «лікар – пацієнт», «лікар – провізор», «провізор – пацієнт», «провізор – лікар – пацієнт», тобто довіри до спеціалістів в білих халатах з боку пацієнта та порозуміння медичних та фармацевтичних працівників щодо тактики ведення геріатричних хворих. Адаже від розумного вибору препарату, вірно обраної тактики лікування, чіткого дотримання законодавства відпуску препаратів рецептурного та безрецептурного обігу доволі часто залежить не лише якість фармакотерапії, але й життя пацієнта похилого віку.

З метою оптимізації підготовки провізорів з геріатричної фармації та покращення комплаєнсу типу «лікар – пацієнт – провізор» авторами впроваджено у навчальний процес провізорів-інтернів та слухачів курсів підвищення кваліфікації зі спеціальностей «Загальна фармація» і «Організація і управління фармацією» навчальний посібник «Фармацевтична допомога геріатричним хворим» (К.І. Сметаніна, 2011) [11]. При цьому автором розглядаються основні аспекти фармакокінетики, фармакодинаміки лікарських засобів, основні принципи та особливості фармакотерапії у похилому та старечому віці, основні групи ЛЗ, що застосовуються в геріатричній практиці, та ключові моменти лікарської та фармацевтичної допомоги, комплаєнсу осіб похилого віку.

Основним способом покращення комплаєнсу геріатричних хворих та його оптимізації є реабілітація наукового напрямку геріатрії, популяризація геріатричної фармації з розробкою перспективних напрямів її розвитку [9], що вимагає зміни психології населення, удосконалення існуючої системи медико-соціальної та фармацевтичної допомоги з урахуванням рівня економічної спроможності населення, особливо осіб похилого віку, перегляду системи забезпечення ліками людей похилого віку та його удосконалення. Дані аспекти є об'єктами окремих досліджень і будуть висвітлені в інших публікаціях.

Список використаної літератури

1. Асінова М.І., Давидович О.В. Викладання геріатрії в підготовці сімейного лікаря // Журнал практ. лікаря. – 2005. – №3. – С. 45–47.
2. Базовий термінологічний глосарій за програмою з клінічної фармації / А.Б. Зіменковський, В.М. Пономаренко, О.Р. Піняжко, Т.Г. Калинюк; за наук. ред. В.М. Пономаренка. – Львів; Київ: Ліга-Прес, 2004. – 446 с.
3. Безопасность лекарств. Руководство по фармаконадзору / Под ред. А.П. Викторова, В.И. Мальцева, Ю.Б. Белоусова. – К.: Морион, 2007. – 240 с.
4. Безруков В.В., Купраш Л.П. Стандарти лікування та формуляри лікарських засобів для геріатрії // Вісник фармакології та фармації. – 2008. – №11. – С. 37–41.
5. Грачова Л.В. Фармацевтичне консультування пацієнтів // Consilium-provisorium. – 2000. – Т. 1, №4. – С. 22–33.
6. Джемайло В.І., Купраш Є.В., Гриненко Н.Г., Гударенко О.С. Особливості застосування лікарських засобів у людей похилого та старечого віку // Журнал практичного лікаря. – 2006. – №3. – С. 47–48.
7. Зборовский А.Б. Неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств / А.Б. Зборовский, И.Н. Тюренков, Ю.Б. Белоусов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 656 с.
8. Парновський Б.Л., Левицька О.Є. Перспективні напрями досліджень лікарського забезпечення геріатричних хворих на сучасному етапі: Тези доп. 80-ї наук.-практ. конф. «Працюємо, творимо, презентуємо». – Івано-Франківськ: Вид-во ДВНЗ «Івано-Франківський нац. мед. університет», 2011. – С. 241–242.
11. Сметаніна К.І. Фармацевтична допомога геріатричним хворим. – Львів: Вид-во Тараса Сороки, 2011. – 120 с.
12. Фармацевтична енциклопедія / За ред. В.П.Черниха. – К.: МОРИОН, 2010. – 1632 с.

Резюме

Геріатрические больные: проблематика комплаенса и методы его оптимизации (взгляд провизора)

К.И. Сметанина

Особенности организма людей пожилого возраста влияют не только на тактику проводимых им диагностических, профилактических мероприятий, методику выбора фармакотерапии, но и на процесс индивидуального подбора лекарственных средств с учетом определенного режима дозирования, противопоказаний, ограничений при использовании лекарственных средств и других аспектов лекарственного обеспечения. Весь процесс медицинской и фармацевтической помощи геріатрическим больным невозможен без тесного взаимодействия между врачом, назначающим лекарственные средства, провизором, отпускающим лекарства и оказывающим консультативно-информационную услугу, и непосредственно самим больным, задействованным в данном процессе. Вопросы значимости комплаенса, т.е. доверия к действиям врача и провизора, становятся актуальными в таких взаимоотношениях, особенно у людей пожилого возраста, и требуют усовершенствования и оптимизации.

Ключевые слова: комплаенс, геріатрические больные, фармацевтическая геріатрия

Summary

Geriatric Patients: Compliance issues and Ways to Optimize (Pharmacist view)

K.I. Smetanina

The features of the body of elderly and senile age affect not only the tactics of diagnostic, preventive measures that they are conducted, the method of choice of pharmacotherapy, but also the process of individual selection of medicines, taking into account a certain dosage, contraindications, limitations to the use of drugs and others aspects of medical support. The whole process of medical and pharmaceutical care of geriatric patients can not be done without close cooperation between the doctor, who appoints the drugs, pharmacist that these drugs should let go, giving advice and information service, and most patients directly involved in this process. Question relevance compliance, that confidence in the actions of doctors and pharmacists, acquire relevance, especially in elderly and in need of improvement and optimization.

Key words: compliance, geriatric patient, geriatrics pharmaceutical