

Полипрагазмия в условиях развития семейной медицины в Украине

Е.П. Федорова

Запорожский государственный медицинский университет

В статье рассмотрена проблема полипрагазии в условиях современного состояния медицины в Украине и проанализировано качество лечения в стационаре. Возможным решением данной проблемы может быть активное внедрение института семейной медицины.

Ключевые слова: семейная медицина, полипрагазмия, эффективность лечения.

В последнее время все большее значение приобретает вопрос полипрагазии. Все больше статей появляется в медицинской литературе о назначении пациентам большого количества препаратов. Это касается и педиатрии, и геронтологии, и терапии и др.

Полипрагазмия – («poli» + греч. «pragma» – действие) в медицине одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств или лечебных процедур [1]. Пример из врачебной практики. К нам в стационар поступил пациент, который до госпитализации прошел полное обследование в одной из крупнейших клиник столицы. Обследование действительно было полным, можно даже сказать, суперполным. Выписка была предоставлена на 7 страницах печатного текста. Ему были проведены самые новые, передовые методы исследования практически всех органов. Его обследовали все имеющиеся в клинике врачи разных специальностей. Обследование было проведено на совесть, каждый специалист дал соответствующие рекомендации согласно протоколам оказания медицинской помощи. Все правильно, вот только пациент был недоволен. Когда мы его спросили, что же его не удовлетворяет, он ответил: «Посмотрите: каждый врач мне расписал, что принимать, я посчитал – это 23 препарата! Так вот, я спрашиваю, что мне принимать? Если я выпью все, что мне рекомендовали, просто умру!»

И это не единичный случай. Чем больше больной обследуется, тем больше у него диагнозов и больше список препаратов, которые ему необходимо принимать. Возьмем, к примеру, пациента, перенесшего инфаркт миокарда, с гипертонической болезнью, стенокардией напряжения, сердечной недостаточностью да еще и сахарным диабетом 2-го типа. Учитывая все стандарты ведения этого пациента, мы должны ему назначить: статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, мочегонные препараты, аспирин, сахароснижающие препараты (хорошо, если только один!). Уже как минимум 7–8 лекарственных средств [5].

Полипрагазмия необходимо отличать от политерапии – одновременной терапии всех имеющихся у пациента заболеваний. «Массированный лекарственный удар» (как ее называют некоторые авторы), как правило, получает наиболее уязвимый контингент больных, то есть люди, страдающие от полиморбидности – одновременно протекающих нескольких заболеваний в различных фазах и стадиях. Чаще всего это пожилые люди [8], больные с сахарным диабетом [3], ожирением, остеоартрозом.

Именно полиморбидность, вынуждающая больного наблюдаться одновременно у врачей нескольких специальностей, является причиной лекарственной полифармакотерапии как сложившейся практики, так как каждый из наблюдающих больного специалистов согласно стандартам или установившейся

практике обязан выполнять целевые назначения. Но что же делать самому пациенту? Возможно, ответом на этот вопрос может быть внедрение института семейной медицины в Украине.

Одними из основных принципов семейной медицины являются превентивность, целостное представление о заболевании и комплексный подход к его терапии. Перед семейным врачом стоит задача научиться оценивать и корректировать не только отдельные патологические состояния, но и состояние организма пациента в целом. Прогнозирование риска развития отдельных заболеваний, их доклиническая диагностика, своевременность информирования пациента, а также проведение профилактических мероприятий – важнейшие составные элементы ежедневной работы семейного врача.

Возможность оказывать терапевтическое воздействие на ранних этапах заболевания обеспечивает предотвращение его дальнейшего развития с формированием тяжелых форм и осложнений. Профилактика значительно снизит риск полипрагазии в дальнейшем и снизит риск развития неблагоприятных последствий приема лекарственных средств. По данным некоторых авторов, неблагоприятные последствия приема лекарственных препаратов в 51,9% случаев были вызваны полипрагазией, в 48,7% – недооценкой анамнеза больного, в 17,8% – неправильным выбором препарата, в 12,6% – его неправильной дозой. Таким образом, было установлено, что среди всех нежелательных реакций на медикаментозное вмешательство 34,9% случаев произошло по вине врача. При этом более чем 80% врачебных ошибок объясняются неграмотным комбинированием препаратов [4].

Как показывает статистика, основной причиной полипрагазии является принцип, которым руководствуется лечащий врач, назначая больному одновременно несколько лекарственных препаратов, это отражает его стремление вылечить сразу все имеющиеся у больного заболевания (желательно побыстрее), а заодно предотвратить все возможные осложнения (желательно понадежней). Руководствующийся этими благими намерениями врач назначает известные ему препараты по привычным схемам (иногда «от давления», «от запоров», «от слабости» и т.д.), одновременно бездумно совмещая, в общем-то, правильные рекомендации многочисленных консультантов, считающих, как уже приводилось выше, обязательным привнесение дополнительного лечения по своему профилю.

Чаще всего именно врачи терапевтического профиля (терапевты, семейные врачи) обращают внимание на количество назначенных препаратов, так как именно эта категория специалистов «отвечает» за организм больного в целом, а не за отдельные органы и системы.

Еще много лет назад клиническая школа академика Б.Я. Вотчала выработала три принципа, которыми должен руководствоваться врач, приступая к лечению больных [2]:

- лечить только тогда, когда не лечить нельзя;
- лекарственную терапию назначать тогда, когда не помогают немедикаментозные методы;
- больному нужно дать лекарств столько, сколько нужно, но не больше того, что можно. Лечить только тем, без чего нельзя обойтись.

Цель исследования: анализ рациональности и эффективности медикаментозной терапии пациентов терапевтического профиля в условиях стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы карты 800 стационарных больных, госпитализированных в терапевтическое отделение Университетской клиники г. Запорожья с различными нозологиями за 3 года. Анализировали демографические показатели, основной диагноз, сопутствующую патологию. Оценивали все препараты, которые получали пациенты в стационаре согласно протоколам ведения пациентов. Из числа обследованных лиц было 450 женщин (56,25%) и 350 мужчин (43,75%). Средний возраст пациентов составил 57,7±0,49 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Количество заболеваний с учетом осложнений основного заболевания, приходящихся на 1 пациента, представлено на рис. 1.

В зависимости от этого больные были разделены на 3 группы:

1-я группа – 129 (16, 1%) пациентов, которые имели 1–2 заболевания;

2-я группа – 323 (40,4%) пациента, которые имели 3–5 заболеваний;

3-я группа – 348 (43,5%) больных, у которых отмечали 6 и более заболеваний, включая осложнения. При этом у 41 пациента было выявлено более 10 патологических состояний, которые требовали коррекции состояния. К этим состояниям относились, прежде всего, осложнения основного заболевания: сердечная недостаточность (33,4%) – при ИБС и гипертонической болезни; полинейропатия (11,2%), нефропатия (8,2%) и офтальмопатия (6,7) – при сахарном диабете; легочная недостаточность (24%) – при тяжелых формах ХОЗЛ; синовиит (52,2%) – при остеоартрозах.

Все больные были консультированы узкими специалистами по показаниям: кардиологом, неврологом, урологом, эндокринологом, хирургом, гинекологом, ревматологом, нефрологом, офтальмологом. В среднем каждый пациент был проконсультирован специалистами 2,01±0,01 раза, при этом больные 3-й группы – 6,7±0,06 раза. Также было проведено лабораторно-инструментальное обследование больных согласно протоколам по основному заболеванию и, при необходимости, по сопутствующей патологии или осложнениям основной. Среднее количество инструментальных обследований в целом на 1 человека составило 2,15±0,05, у пациентов 3-й группы число обследований достигало 7,6±0,09. Среднее количество лабораторных исследований, включая исследование гормонов крови, составило в целом 5,82±0,07, а у пациентов 3-й группы – 9,1±0,04.

При анализе лекарственной терапии было выявлено, что пациенты всех групп получали: базисные препараты (по основному заболеванию согласно протоколам), метаболические препараты (для коррекции метаболических осложнений), симптоматические препараты (мочегонные, анальгетики, седативные, коррекция осложнений основного заболевания), физиопроцедуры (по показаниям).

Как видно из рис. 2, у пациентов 3-й группы было наибольшее количество назначенных препаратов, так как именно в этой группе отмечали полиморбидность, которая вынуждает этих пациентов наблюдаться у многих специалистов. Обращает на себя внимание факт избыточного назначения метаболических средств – 0,6, 2,6 и 3,5 препарата соответственно в 1-й, 2-й и 3-й группах. Уменьшение количества метаболических препаратов и увеличение количества физиопроцедур (с учетом показаний и противопоказаний), возможно, сможет уменьшить количество назначаемых лекарственных препаратов.

Таким образом, полипрагмазия, отмеченная в 3-й группе,

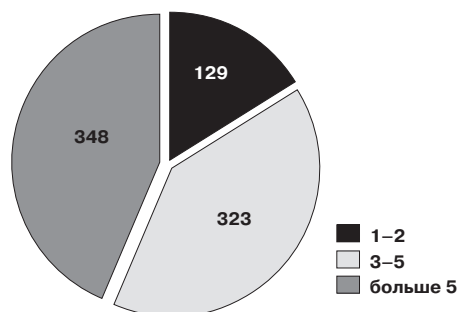


Рис. 1. Количество заболеваний на 1 пациента

связана, в первую очередь, с полиморбидностью, развитием осложнений основного заболевания. Поэтому на плечи врача общей практики–семейной медицины ложится очень важная задача: лечение больных, правильность оценки состояния пациента и возможность оптимального назначения лекарственных препаратов еще на догоспитальном этапе. Основной акцент в работе семейного врача необходимо делать на профилактику, как первичную, так и вторичную. При развитии полиморбидности у пациентов врачам нужно руководствоваться определенными этапами лечения. Сначала применить один препарат, умело манипулируя дозами, не отчаиваясь, если нет немедленного эффекта от малых доз препарата. Только убедившись в неэффективности монотерапии, необходимо назначать комбинацию препаратов, и лучше, если это будет фиксированная комбинация. Если получен эффект от какого-либо препарата или комбинации, не нужно торопиться с поисками лучшей методики, пробовать новые (новейшие) лекарственные средства. Умение довольствоваться достигнутым, не стремясь достигнуть недостижимого – тоже мера врачебного искусства и разумности [7, 8].

ВЫВОДЫ

Бездумная полипрагмазия – эквивалент неразумного подхода к лечению больных, который не приводит к желаемому результату, так как большое количество назначенных препаратов пациент просто не будет принимать. И таким образом, снижается комплаенс между врачом и пациентом, растет недоверие к врачам и снижается терапевтический эффект от лечения.

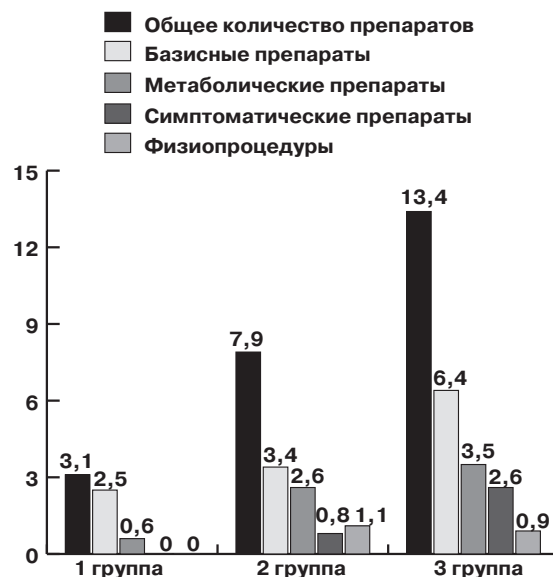


Рис. 2. Количество назначенных препаратов

Поліпрагмазія в умовах розвитку сімейної медицини в Україні
О.П. Федорова

У статті розглянуто проблему поліпрагмазії в умовах сучасного стану медицини в Україні та проаналізовано якість лікування в стаціонарі. Можливим рішенням цієї проблеми може бути активне впровадження інституту сімейної медицини.

Ключові слова: сімейна медицина, поліпрагмазія, ефективність лікування.

Polypharmacy in the conditions of the development of family medicine in Ukraine
E.P. Fedorova

The article deals with the nowadays problem of polypragmasy in Ukraine and analyzed the quality of treatment in a hospital. Possible solutions to this problem can be active introduction Institute of family medicine.

Key words: family medicine, polypharmacy, the effectiveness of treatment.

Сведения об авторах

Федорова Елена Петровна – кафедра семейной медицины и терапии ФПО Запорожского государственного медицинского университета, 69035, г. Запорожье, проспект Маяковского, 26. E-mail: elenka.66@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Большой медицинский словарь – <http://www.slovoedia.com/2/207/253520>
2. Вотчал Б.Е. Проблемы и методы современной терапии. Труды 16-го Всесоюзного съезда терапевтов. – М.: Медицина, 1972. – С. 215–219.
3. Ганцгорн Е.В. Полипрагмазия как актуальная проблема фармакотерапии больных сахарным диабетом типа 2 в условиях стационара / Е.В. Ганцгорн, А.Н. Алексеев // Молодой ученый. – 2014. – № 4. – С. 343–346.
4. Клевцова Л. Безопасность медикаментозной помощи: проблема мониторинга // Московские аптеки. – 2003. – № 5.
5. Комисаренко И.А. Артериальная гипертония и полиморбидность у пожилых // Consilium medicum. – 2007. – № 12, Т. 9. – С. 16–19.
6. Лазебник Л.Б. Практическая гериатрия. – М., 2002.
7. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Дроздов В.Н., Ефремов Л.И. Полипрагмазия: гериатрический аспект проблемы // Consilium medicum. – 2007. – № 12, Т. 9. – С. 29–34.
8. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Михеева О.М. Многоцелевая монотерапия α-адреноблокаторами в гериатрической практике. – М., 2006.

Статья поступила в редакцию 19.11.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ВНУТРИГЛАЗНЫЕ ИНЪЕКЦИИ «НЕВИДИМЫМИ» ИГЛАМИ: ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ БЕЗ ПОМОЩИ КАПЕЛЬ

Ученые из США создали микроиглы для инъекций, которые трудно увидеть невооруженным глазом даже человеку с хорошим зрением. Иглы помогут повысить эффективность лечения глаукомы - ежедневные закапывания будут заменены инъекциями раз в 3-6 месяцев.

Внедрение в клиническую практику игл, созданных американскими учеными из технологического института штата Джорджия (Georgia Institute of Technology), способно резко изменить в лучшую сторону жизнь миллионов больных, страдающих глаукомой.

В одних только США этим заболеванием, для которого характерно повышение внутриглазного давления, страдают почти 2,2 миллиона человек.

Без лечения глаукома неизбежно приводит к слепоте, однако метод лечения этого заболевания достаточно "древний": сейчас, как и пол-

века назад, больным глаукомой приходится несколько раз в день закапывать в глаза специальные капли.

А ученые из штата Джорджия создали микроиглы, длина которых составляет от 400 до 700 микрон. С помощью такой иглы можно точно ввести препарат в участок средней сосудистой оболочки глаза, которая называется цилиарное или ресничное тело.

Такой препарат должен обладать более высокой вязкостью по сравнению с обычными каплями, что обеспечивает его постепенное поступление в ткани глаза.

Во время опытов с животными ученые выяснили, что после однократного введения с помощью микроиглы препарат равномерно выделяется в окружающие ткани глаза на протяжении периода от 3-х до 6 месяцев.

У этого метода есть еще одно неоспоримое преимущество перед

традиционными глазными каплями для лечения глаукомы - он позволяет значительно снизить дозу лекарства, поскольку в этом случае оно выделяется непосредственно в ткани глаза и не смывается слезами. Это приведет к удешевлению лечения.

Исследователи также создали другой тип микроигл, которые предназначены для введения в ткани глаза препаратов в сухой форме ("порошковой").

Это облегчит лечение больных страдающих таким заболеванием глаз как неоваскуляризация роговицы.

Заболееваемость неоваскуляризацией роговицы значительно выросла в последние десятилетия, так как эта болезнь связана с неправильным использованием контактных линз.

Источник: www.health-ua.org