

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕОБОСНОВАННОЙ ПОЛИПРАГМАЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Конова О. Д.¹, Ласачко В. А.², Головина О. В.¹

1 Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, кафедра клинической фармакологии и терапии, г. Москва, ул.

Поликарпова, д.12/13

2 Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, кафедра дерматовенерологии и косметологии, г. Москва, ул.

Короленко, д.3, стр. 6

Ключевые слова: полипрагмазия, пациенты пожилого и старческого возраста, необоснованная полипрагмазия, индекс рациональности применения ЛС, критерии Бирса.

Резюме: В исследовании оценивались меры по предупреждению необоснованной полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста и их эффективность. Был проведен анализ 7 исследований, при этом сравнивалась эффективность индекса рациональности применения лекарственных средств и критериев Бирса. Использование подобных методов показало существенное снижение уровня необоснованной полипрагмазии.

Resume. The study evaluated measures to prevent inappropriate polypharmacy in elderly and senile patients and their effectiveness. 12 studies were analyzed, and the effectiveness of the Medication Appropriateness Index — MAI, Bierce criteria, was compared. The use of these methods demonstrated a reduction in inappropriate prescribing.

Актуальность. По данным Всемирной организации Здравоохранения к 2050 году количество людей пожилого и старческого возраста (то есть людей старше 65 лет) в мире достигнет 1,5 миллиарда [1,2].

Такой прирост населения старшего возраста с полиморбидной патологией приводит к оказанию большого объема медицинской помощи (в том числе, и лекарственной). В п. 6 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «клиническая фармакология», утвержденного приказом Минздрава России от 2 ноября 2012 г. № 575н, указано, что решение о направлении больного на консультацию к врачу-клиническому фармакологу принимается лечащим врачом (врачом-специалистом, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом)) в случае одномоментного назначения больному 5 и более наименований ЛП или свыше 10 наименований при курсовом лечении (полипрагмазии). [3]

Потенциальные последствия необоснованной полипрагмазии подробно описаны в литературе (например, нежелательные лекарственные реакции, межлекарственные взаимодействия). Таким образом, главной целью клинической фармакологии на сегодняшний день является найти баланс между лечением заболеваний полиморбидных пациентов пожилого и старческого возраста и предотвращением неблагоприятных последствий, связанных с чрезмерным использованием лекарственных средств.

Цель. Целью данного исследования было провести литературный обзор современных исследований необоснованной полипрагмазии и методах по её предотвращению.

Задачи. Задачами исследования является проведение сравнительного анализа методов, предпринимаемых по предотвращению необоснованной полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста и оценка степени их эффективности.

Материалы и методы. При составлении данного обзора был проведен ретроспективный анализ литературы с использованием следующих ресурсов: Medline/PubMed, Google, литературные данные до 2018 года. Ключевые слова для поиска: полипрагмазия, пациенты пожилого старческого возраста, необоснованная полипрагмазия, неблагоприятные побочные реакции, индекс рациональности применения ЛС, критерии Бирса. При необходимости использовались дополнительные ключевые слова для уточнения отдельных рекомендаций.

Результаты и обсуждение.

Индекс рациональности применения лекарственного средства (Medication Appropriateness Index — MAI) — стандартизированный показатель, позволяющий оценить соответствие элементов фармакотерапии целям лечения, а также риск взаимодействия ЛС и возникновения НПР. Метаанализ четырех исследований [5,6,7,8,9], включавших 210 человек в основной группе и 214 человек в группе контроля, показал существенное уменьшение среднего значения количества баллов по MAI во время исследования по сравнению с группой контроля (среднее расхождение -6,78; 95% CI -12,34 до -1,22).

Метаанализ пяти исследований [4,5,6,7,9,10], включавших 488 человек в основной группе и 477 человек в группе контроля, показал существенное уменьшение среднего значения количества баллов по MAI во время исследования по сравнению с группой контроля (среднее расхождение -3.88, 95% CI -5.40 до -2.35).

Критерии Бирса. Список ЛП, потенциально не рекомендованных для проживающих в домах престарелых, был создан и опубликован в 1991 г., в дальнейшем (в 1997 и 2003 гг.) он был расширен и пересмотрен. Критерии позволяют предотвратить нежелательные побочные эффекты и таким образом оптимизировать лекарственную терапию у пожилых людей. В 2012 г. критерии Бирса были пересмотрены при поддержке Американского гериатрического общества. Критерии Бирса 2012 г. предназначены для использования во всех амбулаторных и стационарных учреждениях здравоохранения у населения старше 65 лет. Основная целевая аудитория критериев Бирса — практикующие врачи, а их функция заключается в том, чтобы помочь врачам в выборе назначаемых лекарств, а также обучить клиницистов и пациентов рациональному использованию ЛП.

Метаанализ двух исследований [5,8,10], включавших 298 человек в основной группе и 288 человек в группе контроля, показал существенное уменьшение среднего значения назначения потенциально нерекондованных лекарств из списка Бирса во время исследования по сравнению с группой контроля (среднее расхождение -0,1, 95% CI -0,28 до -0,09).

Выводы. Сравнительный анализ методов по предотвращению

необоснованной полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста, показавший статистически значимую эффективность как индекса рациональности применения лекарственного средства, так и критериев Бирса, позволяет сделать вывод о необходимости применения данных методов в клинической практике с целью снижения количества неблагоприятных побочных реакций, ассоциированных с полипрагмазией.

Литература

1. World Health Organisation. Global health and ageing. Geneva: 2011. http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
2. Rechel B, Grundy E, Robine JM, et al. Ageing in the European Union. *Lancet* 2013;381:1312–22.
3. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «клиническая фармакология»: приказ Минздрава России от 2 ноября 2012 г. № 575н. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/5534-prikaz-minzdrava-rossii-ot2-noyabrya-2012-g-575n>
4. Steinman M. Polypharmacy and the balance of medication benefits and risks. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;4:314–15
5. Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009235. doi:10.1136/bmjopen-2015-009235.
6. Crotty M, Rowett D, Spurling L, et al. Does the addition of a pharmacist transition coordinator improve evidence-based medication management and health outcomes in older adults moving from the hospital to a long-term care facility? Results of a randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Pharmacother* 2004;2:257–64.
7. Spinewine A, Swine C, Dhillon S, et al. Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:658–65.
8. Crotty M, Halbert J, Rowett D, et al. An outreach geriatric medication advisory service in residential aged care: a randomised controlled trial of case conferencing. *Age Ageing* 2004;33:612–17.
9. Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP, et al. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *Am J Med* 1996;100:428–37.
10. Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, et al. Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. *Am J Med* 2004;116:394–401.