

MEDEX

Октябрь 2022

www.corsum.org corsumnews@gmail.com



7 декабря CoRSUM совместно с ISIUM проводит международный семинар «Children as Agents for Change»

Содержание номера:

- Международный семинар CoRSUM& ISIUM - 7 декабря 2022
- VII Международный Конгресс «Global Health», сентябрь. 2022 года. Алматы
- Оценка риска нежелательных лекарственных реакций у пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
- Международная студенческая олимпиада.
- Вебинар «Восстановление охвата пневмококковыми конъюгированными вакцинами (ПКВ) в качестве приоритета»

Желающие принять участие в семинаре обращайтесь с запросом по адресу corsumnews@gmail.com

VII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «GLOBAL HEALTH»

23 сентября 2022 года в Алматы состоялся VII Международный Конгресс «Global Health», посвященный 25-летию основания Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ» и подписания Соглашения между Европейским Региональным Бюро ВОЗ и Министерством здравоохранения Республики Казахстан

Члены CoRSUM Проректор Медицинского Университета Елена Леонидовна Степкина и Президент CoRSUM Наталья Александровна Чеботаренко участвовали в работе секции «Фармация»

Клинические навыки фармацевтов: подход, ориентированный на пациента.

- 1930е годы – 75% выписанных рецептов содержали прописи и требовали изготовление лекарственных средств в аптеках.
- 1950-е – 25% рецептов требовали изготовление лекарственных средств в аптеках.
- 1960-е гг. – только 4% (1 из 25 Rx) прописанных рецептов требовали изготовление ЛС в аптеках.
- 1970-е гг. – только 1% (1 из 100Rx) рецептов требовал навыков изготовления лекарственных средств в аптеках.
- 2022- практически нет производственных аптек

Традиционная деятельность фармацевта, в основном, была сосредоточена на отпуске и поставке лекарств, тогда как взаимодействие с другими медицинскими работниками было несколько ограниченным. В настоящее время фармацевты, активно участвуют в непосредственном процессе лечения пациентов, сотрудничая с врачами во многих областях здравоохранения.



Роль фармацевта существенно изменилась за последние десятилетия. В традиционных взаимоотношениях между врачом, назначающим лекарства, и фармацевтом, их отпускающим, первый был ответственным за результаты фармакотерапии. И эта ситуация меняется в быстро меняющихся системах здравоохранения. Практика фармацевтической помощи предполагает, что фармацевт в той же мере должен



отвечать за пациентов, которых он курирует, и общество не только принимает данное положение, но и выдвигает новые требования к фармацевту.

«Клиническая фармация – это дисциплина, которая воплощает в себе применение и развитие фармацевтами научных принципов фармакологии, токсикологии, терапии и клинической фармакокинетики, фармакоэкономики, фармакогенетики и других смежных наук, направленных на лечение больных».

Клиническая фармация может быть определена как наука и практика рационального применения лекарственных средств, при том, что фармацевты более ориентированы на принципы рациональной фармакотерапии и индивидуальной фармакотерапии пациента.

Деятельность клинического фармацевта включает следующие компоненты:

A. Оценка состояния пациента

Клинический фармацевт должен обладать знаниями и навыками по оценке клинического статуса (общего состояния) пациента:

- Изучение медицинской карты больного и сбор лекарственного анамнеза.
- Консультация пациентов с целью получения наиболее полного лекарственного анамнеза и внесения полученных данных в историю болезни, включая наименование препаратов, дозы, пути введения, а также привычки в употреблении лекарств, соблюдение прописанного режима назначений и отношение к лекарственной терапии, перенесенные лекарственные аллергии.
- Обработка полученной информации и заполнение соответствующих граф истории болезни.
- Определение направления лекарственной терапии.

B. Оценка медикаментозной терапии

Клинический фармацевт участвует в определении стратегии по оптимизации лекарственной терапии:

- Совместно с другими членами медицинской команды, проводит оценку необходимой лекарственной терапии, принимая во внимание общее состояние

больного, а также показания, терапевтическую направленность назначаемых лекарственных препаратов.

- Оценивает эффективность, безопасность и доступность назначенных лекарственных средств.

В. Оценка медикаментозной терапии : **Вопросы**

- Нуждается ли пациент в данном препарате?
- Является данный препарат самым эффективным и безопасным?
- Назначенная доза эффективна и безопасна?
- Какие побочные реакции можно ожидать в ходе лечения? Насколько они предотвратимы?
- Путь введения препарата – эффективен и безопасен?
- Возможное взаимодействие между лекарственными препаратами

В ходе подробной консультации, клинический фармацевт оценивает насколько пациент склонен к соблюдению режима назначенной терапии.

Совместно с членами медицинской команды клинический фармацевт определяет возможные проблемы, связанные с приемом лекарственной терапии и определяет тактику лечения.

С. Разработка и выполнение лечебного плана.

- Совместно с членами медицинской команды клинический фармацевт разрабатывает лечебный план по достижению конкретного терапевтического результата пациента.
- Клинический фармацевт совместно с медицинской командой и пациентом (adherence) разрабатывает и следит за выполнением назначенного плана лечения.
- Клинический фармацевт ответственен за регулярный мониторинг выполнения плана назначенной терапии, при необходимости информирует врача и других членов медицинской команды о возникших проблемах в лечебном процессе с целью коррекция назначенной терапии.

Клинический фармацевт проводит обучение пациента (или тех, кто ухаживает за пациентом) в письменной и устной форме с целью достижения понимания пациентом лечебного плана, оптимизации соблюдения режима лечения и улучшения терапевтических результатов (Adherence).

Д. Оценка и мониторинг проводимой терапии

Клинический фармацевт проводит плановую оценку результатов лечения пациента, посредством консультации пациента и мониторинга биохимических и общих анализов крови и мочи по истории болезни, с последующим внесением своего заключения в историю болезни. Клинический фармацевт проводит регулярный мониторинг лечебного плана, выявляет изменения на фоне



лечения, документирует изменения и совместно с медицинской командой участвует в обсуждение и внесение изменений в лечебный процесс.

Клинический фармацевт также может проводить исследования по оценке использования лекарств, чтобы предотвратить нерациональное назначение лекарств.

Документация



Клинический фармацевт непосредственно ведет документацию в истории болезни пациента и листе назначений.



Эта документация должна быть совместима с принятыми стандартами документации в рамках системы здравоохранения, медицинского учреждения.



Где это применимо, утвердить стандарты к использованию электронных медицинских записей и электронных бланков назначений.

ОЦЕНКА РИСКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Статья опубликована в журнале Science &Healthcare, 2021. (Vol.23)

Айжан Б. Мусапирова, Райхан Е. Тулеутаева, Асем Р. Махатова, Жанаргуль К. Смаилова, Алибек Ж. Укенов, Динара Б. Укенова
НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан

Структура населения мира стремительно меняется в связи с повышением уровня жизни людей, доступностью и своевременностью медицинского здравоохранения на фоне низкой рождаемости и относительным увеличением числа пожилых людей. Предполагается, что к 2050 году численность лиц пожилого и старческого возраста достигнет 1 миллиарда человек.

В Казахстане доля лиц этой возрастной категории в структуре населения составляет 11,9%.

Предполагается, что она может вырасти до 14,0% к 2030 г.

Частота хронических заболеваний наиболее высока, а их проявления наиболее выражены именно у лиц пожилого и старческого возраста. В сочетании с увеличением числа пожилых людей это требует особого внимания со стороны системы здравоохранения. У пациентов данной категории необходимо обращать внимание на такие факторы, как полиморбидность (присутствие нескольких сопутствующих хронических болезней), недостаточно разработанных руководств по терапии пожилых (в особенности, очень старых)



больных, снижение функции почек и печени, возрастную астению; уменьшение количества жидкости в организме и мышечной массы, ослабление зрения и слуха, нарушение памяти и интеллектуальных способностей.

При определении тактики фармакотерапии пожилых пациентов врачу очень важно знать клиническую фармакологию лекарственных средств (ЛС).

Самыми важными причинами развития полипрагмазии являются мультиморбидность и возраст больного, вопросы преемственности и соответствия лекарственных средств, большая доступность коммерческого здравоохранения].

В свою очередь, наличие полипрагмазии определяет повышенный риск развития побочных эффектов препаратов, в особенности при назначении нежелательных сочетаний, а также необоснованного повышения расходов на лечение.

Из этого следует, что лечение людей старшего поколения должно быть направлено на эффективность, улучшение качества жизни посредством предотвращения полипрагмазии и минимизации развития нежелательных лекарственных реакций (НЛР). Имеется много подходов, направленных на борьбу с полипрагмазией и вытекающими из нее НЛР. Одним из этих способов являются критерии Бирса.

Американский ученый М. Бирс совместно с группой исследователей в 1991 г. впервые обнародовал перечень нежелательных для назначения ЛС, обосновав опасность их использования у пожилых людей. Этот список был назван «критериями Бирса», далее в 1997 и 2003 годах он был пересмотрен и дополнен. В 2012 и 2015 годах эксперты, работающие в области гериатрии и фармакотерапии, при поддержке Американской гериатрической ассоциации вновь рассмотрели критерии, которые доступны медицинской науке и практическому здравоохранению.

К категориям ЛС, которые вошли в современный список критериев Бирса, обновлённый в 2015 году, относятся:

1. ЛС, являющиеся нежелательными у больных пожилого возраста.
2. ЛС и их взаимодействия, которые опасны для пожилых пациентов, вследствие того, что могут усилить болезнь или ее синдром.
3. Возможно опасные для назначения пожилым людям ЛС.
4. Лекарства и их взаимодействия, которые могут быть клинически опасны для старшего возраста.
5. Препараты, которые нельзя прописывать (или следует снизить дозировку) у пациентов пожилого возраста при почечной дисфункции.

Объектом исследования явились медицинские карты стационарных больных в возрасте от 65 лет и старше, независимо от половой принадлежности, которые проходили лечение в кардиологических отделениях клиник г. Семей в 2017 году.

Дизайн исследования: поперечное фармакоэпидемиологическое исследование.

Всего в исследование было включено 317 историй болезней пациентов кардиологического профиля в соответствии с вышеуказанным критерием, из них 165 женщин (52,1%) и 152 мужчин (47,9%).

Минимальный возраст определялся в соответствии с критерием пожилого возраста (65 лет), максимальный возраст составил 93 полных года. Средний возраст пациентов - $74,0 \pm 6,6$ года.

Был проведен ретроспективный анализ фармакотерапии: оценивалось число одновременно назначенных ЛС, наличие или отсутствие полипрагмазии, частота полипрагмазии, назначения не рекомендованных лекарственных средств по критериям Бирса. Для каждого пациента был

составлен список международных непатентованных названий (МНН) ЛС из листа назначений в истории болезни. В список были также внесены компоненты комбинированных ЛС, имеющих в своем составе несколько ЛС с различными МНН.

В качестве дополнительного источника информации использованы амбулаторные карты тех же пациентов с указанием на применение препаратов для лечения сопутствующих заболеваний, не вошедших в выписные эпикризы.

Статистическая обработка данных проведена с помощью программного пакета SPSS 20.0 (IBM). В случае необходимости проводилось сравнение различий по частоте назначения отдельных препаратов, их сочетаний и общего числа с использованием критерия χ^2 Пирсона. Граничным уровнем статистической значимости различий принимали $<0,05$.

Результаты исследования

Во время госпитализации в среднем было назначено $9,5 \pm 2,6$ препаратов у каждого пациента, максимальное количество препаратов 16 на одного человека, минимальное число препаратов – 5. На амбулаторном этапе среднее число назначенных препаратов несколько ниже (максимум – 15, минимум – 5) и составило $8,8 \pm 2,4$, различия с показателем стационара были незначимыми.

Наиболее часто использованные лекарственные средства в листах назначений:

- ацетилсалициловая кислота в 75,1% случаев,
- препараты калия – 84,2%,
- статины – 59,6%,
- β -блокаторы – 47,3%,
- блокаторы рецепторов ангиотензина II – 50,7%,
- нитраты длительного действия – 42,6%,
- петлевые диуретики – 36,9%,
- препараты магния 53,0%, а
- антиагреганты (клопидогрел) – 24,2%,
- ингибиторы АПФ – 20,5%,
- блокаторы кальциевых каналов – 24,9%,
- калий сберегающие диуретики – 17,7% и другие.

Полипрагмазия, то есть назначение 10 и более лекарственных средств, на стационарном этапе отмечалась у 144 (45,4%) пациентов, на амбулаторном – у 119 (37,5%, $p > 0,05$). В таблице представлен анализ использования ЛС при помощи списка нежелательных препаратов по критериям Бирса.

По представленным данным, из I категории критериев Бирса (нежелательные ЛС) больше всего использовался амиодарон (29,7% случаев), реже всего назначался кеторолак – 1,3%. По II категории из ЛС назначались всего 2 группы препаратов (НПВП и недигидроперидиновые БКК), которые усугубляют сердечную недостаточность.

Среди препаратов из категории ЛС, которые потенциально опасны для лиц пожилого возраста, в большей степени назначались вазодилататоры – 100,0% и диуретики – 71,6%, в меньшей степени – карбамазепин – 13,9% случаев. Вышеуказанные препараты необходимо использовать с осторожностью.

Потенциально опасные сочетания препаратов IV категории использовались реже: варфарин+амиодарон – 0,6%, варфарин+мелоксикам – 1,0%.

Из препаратов, которых нужно избегать при выраженной почечной недостаточности был выявлен спиронолактон, назначавшийся в 2,2% случаев.

Потенциально не рекомендуемые ЛС для лиц старшей возрастной группы по критериям Бирса (рекомендации Американской гериатрической ассоциации 2015 года)

(Table 3. Potentially not recommended drugs for people in the older age group according to Bierce's criteria (2015 American Geriatric Association recommendations))

№	Препараты	Использованные ЛС у больных		Обоснование	Рекомендации по использованию	Качество доказательств
		абсолютное число (n)	%			
1	2	3	4	5	6	7
I категория <i>Нежелательные ЛС</i>						
1	Амиодарон	94	29,7	Более токсичен, чем другие антиаритмические препараты	Не использовать в качестве первой линии терапии фибрилляции предсердий, если у пациента нет СН или выраженной гипертрофии ЛЖ	Высокое
2	Селективные ингибиторы ЦОГ-2: кетопрофен, мелоксикам	41	12,9	Повышенная вероятность желудочно-кишечных кровотечений или развития язвы ЖКТ	Избегать постоянного использования. Можно применять, если другие варианты лечения неэффективны	Среднее
3	Метоклопрамид	43	13,6	Может вызвать экстрапирамидальные эффекты, в том числе позднюю дискинезию.	Избегать (кроме лечения гастропареза)	Среднее
4	Ингибиторы протонной помпы: пантопразол, омепразол	33	10,4	Высокий риск заражения клостридиями, потеря костной массы, повышение риска переломов	Избегать запланированного использования свыше 8 недель пациентам высокого риска (принимающие оральные кортикостероиды, при постоянном использовании НПВП)	Высокое
5	Кеторолак	4	1,3	Повышенная вероятность желудочно-кишечных кровотечений или развития язвы ЖКТ и острой почечной недостаточности	-	-
II категория <i>Потенциально опасные ЛС и их комбинации, которые могут усугубить синдром или болезнь</i>						
1	НПВП и ингибиторы ЦОГ-2 (кетопрофен, мелоксикам, кеторолак) при сердечной недостаточности	45	14,1	Стимуляция задержки жидкости в организме, усугубляют СН.	Избегать	Среднее
2	Недигидропиридиновые БКК (Верапамил) при сердечной недостаточности	6	1,9			
III категория <i>Потенциально опасные ЛС</i>						
1	Аспирин	62	19,5	Отсутствие доказательств пользы по сравнению с риском в возрасте ≥80	Использовать с осторожностью в возрасте ≥80	Среднее
2	Диуретики	227	71,6	Могут усугубить или вызвать синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона или гипонатриемию	Использовать с осторожностью (контроль натрия, изменение дозы)	Среднее

1	2	3	4	5	6	7
3	Карбамазепин	44	13,9	Могут усугубить или вызвать синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона или гипонатриемию	Использовать с осторожностью (контроль натрия, изменение дозы)	Среднее
4	Вазодилататоры (нитраты, ингибиторы АПФ, БКК, Бета-блокаторы)	у каждого	100,0	Могут усугубить эпизоды обмороков у лиц, имеющих обмороки в анамнезе	Использовать с осторожностью	Среднее
IV категория Клинически потенциально опасные препараты и их взаимодействия						
1	Варфарин+Амиодарон	2	0,6	Повышенный риск кровотечений	Избегать (если не возможно, контролировать МНО)	Средние
2	Варфарин+НПВС (мелоксикам)	3	1,0		Избегать (если невозможно, отслеживать риски кровотечения)	Средние
V категория Препараты, которых следует избегать (или уменьшить их дозировку) при почечной дисфункции						
1	Спиронолактон при СКФ<30 мл/мин	7	2,2	Повышение уровня калия	Избегать	Среднее

Примечание:

ЦОГ-2 – циклооксигеназа-2, НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты,

АПФ – ангиотензинпревращающий фермент, БКК – блокаторы кальциевых каналов,

МНО – международное нормализованное отношение, СКФ – скорость клубочковой фильтрации.

Обсуждение.

Анализ листов назначений показал, что в кардиологической практике полипрагмазия и назначение ЛС, которые нежелательны для пожилых пациентов, - частое явление. Это, в свою очередь, приводит к риску развития НЛР.

Вопросы полипрагмазии изучались во многих странах ближнего и дальнего зарубежья. Так, Urzal J. и соавторы в 2019 году опубликовали ретроспективное описательное исследование, которое проводилось в португальской больнице. Было проанализировано 483 пациента из медицинской базы данных при поступлении и выписке из больницы. По итогам этого исследования ученые пришли к мнению, что полипрагмазия присутствует более чем у 70% госпитализированных пациентов пожилого возраста.

В другом исследовании, проведенном в Швеции с 2010 года по 2013 год, получены аналогичные результаты: из 711 432 человек старше 65 лет 82% постоянно подвергались полипрагмазии в течение 6 месяцев или дольше, а 74% - в течение 12 месяцев или дольше.

Есть множество причин полипрагмазии: возраст, наличие сопутствующих заболеваний у пациента, когнитивные нарушения, протоколы лечения и большое количество клинических рекомендаций, проблемы преемственности и согласованности при применении ЛС, коммерциализация здравоохранения. Иногда по одному показанию рекомендуется назначение более 5 препаратов с эффективностью доказательств IIa и выше.

Из полученных данных следует сделать вывод, что полипрагмазия и назначение неприемлемых лекарственных средств является большой проблемой в современной фармакотерапии. Для решения этой проблемы необходимо на основе современных методов борьбы с полипрагмазией разработать стратегию и внедрить ее для лечения лиц старшей возрастной группы. К инструментам оптимизации фармакотерапии пожилых пациентов относятся индекс рациональности ЛС, критерии Бирса, критерии STOPP/START, индекс рациональности ЛС (medication appropriateness index), шкала антихолинергической когнитивной нагрузки, алгоритм «Паллиативный подход к решению проблемы у пожилых пациентов».

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ ОЛИМПИАДА

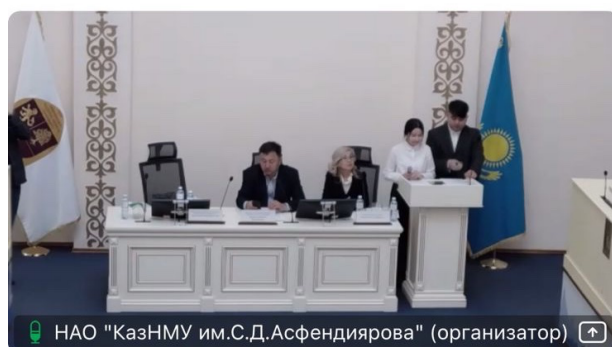
27 апреля 2022 года в Казахском национальном медицинском университете им. С. Д. Асфендиярова была проведена Международная студенческая олимпиада Школы общей медицины-1 по образовательным программам медицинских специальностей, посвященная ко дню Науки.



Олимпиада проводилась по общеобразовательным и базовым дисциплинам в смешанном формате (офлайн- и онлайн-режиме).

Целью Олимпиады была популяризация знаний в области различных направлений медицины и фундаментальных наук, а также повышение интереса у студентов к учебной деятельности и науке, создание возможностей для проявления студентами научного и творческого потенциала, развитие интереса студентов-медиков к решению научных проблем, использование учащимися полученных знаний, умений и навыков при изучении клинических дисциплин. Участниками Олимпиады по фармакологии были студенты из медицинских вузов Казахстана и стран СНГ - Бухара, Ташкент, Бишкек, Алматы, Астана, Семей, Кокшетау.

Задания для участников были представлены в виде ситуационных задач, тестов, блиц-опроса. Победителями Олимпиады по фармакологии стали студенты КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, призовые места также заняли студенты из Ташкента, Бишкека и Бухары.



В работе Олимпиады в секции «Фармакология» активное участие принимали члены CORSUM - зав. кафедрой фармакологии КазНМУ, ассоциированный профессор Сатбаева Э.М. (Председатель Орг. комитета) и зав. кафедрой фармакологии им. д.м.н., профессора М.Н. Мусина, НАО «Медицинский Университет Семей» Тулеутаева Р.Е. (Председатель жюри).





INTERNATIONAL
VACCINE ACCESS
CENTER



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
of PUBLIC HEALTH

Вебинар «Восстановление охвата пневмококковыми конъюгированными вакцинами (ПКВ) в качестве приоритета»

Когда: 9 ноября 2022 г., 11:00–12:00 по восточному времени.

Зарегистрируйтесь для участия по ссылке

https://jh.zoom.us/webinar/register/WN_IXwhp-DwQji0KFMnqsxCwA

Пандемия COVID-19 привела к серьезному откату вакцинации детей: многие из наиболее уязвимых групп населения мира остались не полностью защищенными или вообще не получили жизненно важных прививок. Использование пневмококковых конъюгированных вакцин (ПКВ) является одним из наиболее эффективных мероприятий по предотвращению смертности от пневмонии среди детей в возрасте до пяти лет, и страны из всех сил пытались добиться всеобщего охвата и охвата групп риска еще до начала глобальной пандемии. В этом году к Всемирному дню пневмонии IVAC собрал группу экспертов из разных стран, чтобы обсудить последствия наблюдаемого снижения охвата ПКВ и изучить перспективные подходы или стратегии расширения охвата ПКВ через призму эпидемиологии, экономики здравоохранения и науки о внедрении. Мы надеемся, что вы присоединитесь к нам на этой междисциплинарной панели, которая соберется вместе, чтобы поделиться ценной информацией о пути восстановления, поддержания и расширения охвата ПКВ.

https://jh.zoom.us/webinar/register/WN_IXwhp-DwQji0KFMnqsxCwA



Основная цель CoRSUM – Коалиции за рациональное и безопасное использование лекарственных препаратов» – консолидация усилий в области рационального и безопасного использования лекарственных средств работников здравоохранения, политиков, религиозных и общественных деятелей, журналистов, потребителей лекарственных препаратов, педагогов, студентов и школьников, разделяющих общее понимание и видение проблемы, ценности, цели и задачи коалиции. Лекарственный MEDEX издается с января 1996 года, с 1997 года бюллетень был принят в Международное Сообщество Лекарственных Бюллетеней (ISDB). С декабря 2008 года редактор MEDEX является членом Международного комитета ISDB и руководителем рабочей группы

контакт по E-mail: corsumnews@gmail.com