

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет фармацевтичний
кафедра фармакології та клінічної фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«РОЛЬ ФАРМАЦЕВТІВ У НАДАННІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ
ОПІКИ ГЕРІАТРИЧНИМ ПАЦІЄНТАМ»**

Виконав: здобувач вищої освіти групи

Фм20(4,10д)-03

Спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Фармація

Дмитро КАМАК

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри
фармакології та клінічної фармації, к.фарм.н., доцент
Світлана СТЕПАНОВА

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри
клінічної фармакології ІПКСФ, д.фарм.н., професор
Оксана МІЩЕНКО

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню особливостей фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів. Вивчено роль та обізнаність фармацевтів у наданні фармацевтичної опіки геріатричним пацієнтам шляхом анкетування фармацевтів аптечних мереж України. Загальний обсяг роботи – 60 сторінок. Робота складається з вступу, 3 розділів та додатків, містить 4 таблиці, 30 рисунків, 35 посилань на літературні джерела.

Ключові слова: фармацевти, фармацевтична опіка, геріатричні пацієнти, опитування

ABSTRACT

The qualification work is devoted to the study of the specifics of pharmaceutical care for geriatric patients. The role and awareness of pharmacists in providing pharmaceutical care to geriatric patients were examined through a survey of pharmacists working in pharmacy chains across Ukraine. The total length of the thesis is 60 pages. The work consists of an introduction, 3 chapters, and appendices, includes 4 tables, 30 figures, 35 references.

Key words: pharmacists, pharmaceutical care, geriatric patients, survey

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ГЕРІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	10
1.1. Демографічне старіння населення: проблеми медицини і фармації.....	10
1.2. Фізіологічні, психологічні та когнітивні особливості геріатричних пацієнтів.....	14
1.3. Ризики фармакотерапії у геріатричних пацієнтів.....	16
1.4. Особливості застосування деяких груп лікарських засобів у пацієнтів похилого віку.....	18
1.4.1. Анальгетики.....	18
1.4.2. Антидепресанти.....	21
1.4.3. Бензодіазепіни.....	23
1.4.4. Препарати для лікування захворювань серцево- судинної системи.....	24
Висновок до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	27
2.1. Дизайн анкети для оцінки обізнаності фармацевтів щодо фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів	27
Висновок до розділу 2	35
РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА РОЛІ ТА ОБІЗНАНОСТІ ФАРМАЦЕВТІВ ЩОДО ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ГЕРІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ	36
3.1. Демографічна характеристика респондентів.....	36
3.2. Аналіз обізнаності респондентів у питаннях фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів	40
3.3. Аналіз результатів проведеного опитування та розробка	

рекомендацій для фармацевтів при консультуванні геріатричних пацієнтів.....	55
Висновки до розділу 3.....	58
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61
ДОДАТКИ.....	65

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЛЗ – лікарські засоби

МОЗ – міністерство охорони здоров'я

НПЗЗ – нестероїдні протизапальні засоби

СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну

СОП – стандартні операційні процедури

ССС – серцево-судинна система

ТЦА – трициклічні антидепресанти

ЦОГ – циклооксигеназа

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

GCP – Good Clinical Practice

GPP – Good Pharmaceutical Practice

ВСТУП

Актуальність теми. Фармацевтична опіка – програма комплексної взаємодії фармацевта та пацієнта, фармацевта та лікаря, яка допомагає оптимально підібрати індивідуальне лікування для конкретного хворого і моніторити весь процес медикаментозної терапії [1].

У 1994 році конгрес Міжнародної федерації фармацевтів прийняв Токійську декларацію, в якій вперше було використано термін «фармацевтична опіка». У тому ж 1994 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила концепцію належної аптечної практики (Good Pharmaceutical Practice (GPP)), що за своєю суттю є документом, який регламентує діяльність, пов'язану з постачанням лікарських засобів (ЛЗ) та медичних виробів, їх зберіганням та застосуванням. Ряд положень з вище зазначених декларацій та концепцій досі лежать в основі чинних нормативно-правових документів, якими користуються фармацевтичні працівники України та світу [2, 3].

Фармацевтична опіка на сьогоднішній день набуває особливої актуальності в Україні, оскільки в країні стрімко зростає попит на фармацевтичні послуги, зважаючи на значне зростання захворюваності (органічні патології та психічні захворювання), що спричинене великою кількістю людей, які постраждали внаслідок ведення бойових дій на території країни, як військовослужбовців, так і цивільних громадян, які потребують і, нерідко, довічно потребуватимуть медичної допомоги та фармацевтичної опіки. Разом з тим в країні тривалий час спостерігається стрімке старіння населення, яке суттєво прогресує в умовах ведення бойових дій на території країни. А геріатричні пацієнти, як відомо, потребують особливого підходу через поліморбідність та інклюзивність своїх станів.

Як стверджують вчені, населення світу стрімко старіє. У Європі кількість людей старше 65 років зростає з 17,4% населення у 2010 році до 29,5% у 2060 році. Крім того, буде збільшуватися відсоток людей у віці 80

років і старше, а до 2060 року цей показник збільшиться утричі й досягне 12%. Багато людей похилого віку вважаються слабкими, що є медичним синдромом з кількома причинами [4].

ВООЗ активно вивчає фактори, що впливають на процес старіння населення. Чимало захворювань мають інвалідизувальний характер та значно погіршують якість життя різних вікових груп. За віковою класифікацією ВООЗ, молодим вважається вік від 25 до 45 років, середнім – від 46 до 65 років, похилим – від 66 до 75 років, старечим – від 75 до 90 років, довгожителами вважаються люди старше 90 років [5].

Старіння супроводжується збільшенням тягаря хвороб. Ці захворювання мають не тільки значний вплив на те, як призначати ліки, але й вимагають змін у способах організації медичної допомоги геріатричним пацієнтам. Одним із найскладніших синдромів, який вражає людей похилого та старечого віку є деменція.

Деменція – клінічний синдром, що характеризується прогресуванням та незворотними клінічними проявами зі значним ураженням психічних функцій. Чималій кількості людей вдається зберігати позитивні риси особистості та особистісні якості. Проте, із прогресуванням синдрому можливі втрата пам'яті, погіршення мови, зменшення продуктивності мислення, порушення орієнтації, зниження швидкісних характеристик, зміни особистості, труднощі в повсякденній діяльності, нехтування власними потребами, можливі й некогнітивні прояви такі як апатія, депресія, психоз. Навіть іноді спостерігається нехарактерна поведінка у вигляді порушення сну, агресії, розгальмованої статевої поведінки (не є типовою рисою деменції) [6, 7]. Окрім деменції є чимало інших станів та захворювань, що вимагають особливого підходу до роботи з геріатричними пацієнтами. Саме тому фармацевтичним працівникам вкрай важливо бути компетентними в даних питаннях та забезпечувати належну взаємодію з пацієнтами, забезпечувати кваліфіковану фармацевтичну допомогу.

Мета дослідження – оцінити роль та обізнаність фармацевтів у наданні фармацевтичної опіки геріатричним пацієнтам.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати та узагальнити літературні дані щодо сучасних підходів до надання фармацевтичної опіки геріатричним пацієнтам.
2. Розробити анкету для опитування фармацевтичних працівників задля визначення рівня обізнаності фармацевтів у питаннях фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів та ставлення до проблеми вікових особливостей людини.
3. Проаналізувати відповіді респондентів та визначити ставлення й рівень обізнаності працівників аптек щодо фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів.

Об'єкти дослідження – фармацевти, що мають досвід роботи в аптеці.

Предмет дослідження – ставлення та обізнаність фармацевтів щодо фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів.

Методи дослідження – соціологічний метод опитування (шляхом анкетування), системно-аналітичний, статистичний.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані результати обґрунтовують необхідність підвищення кваліфікації фармацевтів у питаннях фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів. Розроблена анкета може бути використана для подальших соціологічних досліджень працівників у сфері охорони здоров'я. Результати досліджень можуть бути враховані під час розробки рекомендацій для фармацевтів щодо фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів.

Апробація результатів дослідження і публікації. За результатами роботи опубліковані тези та постерна доповідь: Камак Д.О., Степанова С.І. Роль фармацевта у фармацевтичній опіці геріатричних пацієнтів. Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: матеріали ІХ Міжнародної науково-практичної дистанційної. Харків: НФаУ, 2025.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, огляду літератури, 2-х розділів власних досліджень, загальних висновків, переліку використаних літературних джерел, додатків. Викладена на 60 сторінках, включає 4 таблиці, 30 рисунків, 35 посилань на джерела літератури.

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ГЕРІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Демографічне старіння населення: проблеми медицини і фармації

Демографічне старіння – процес збільшення частки людей старшого віку (60+ років) у загальній структурі населення, що призводить до підвищення середнього віку. Це глобальна тенденція, яка спостерігається в більшості розвинених країн і поступово охоплює країни, що розвиваються.

Демографічне старіння безпосередньо впливає на медичну систему та фармацевтичну галузь, оскільки літні люди частіше страждають на хронічні захворювання і потребують більшої кількості медичних послуг та медикаментів. Відтак спостерігається зростання попиту на медичні послуги:

- літні люди частіше потребують візитів до лікарів та більшого обсягу діагностичних процедур;
- зростає потреба в спеціалізованих лікарях (геронтологи, кардіологи, ендокринологи, неврологи);
- збільшується навантаження на стаціонари, особливо відділення реабілітації та паліативної допомоги [7, 8].

Разом з тим відбувається підвищення витрат на охорону здоров'я:

- витрати на лікування хронічних захворювань (гіпертонія, цукровий діабет, остеопороз, деменція);
- збільшення фінансового навантаження на державні програми та страхові компанії;
- необхідність розвитку довготривалого догляду та медичної інфраструктури для літніх людей.

Демографічне старіння спонукає розвиток геріатричної медицини:

- впровадження нових підходів до лікування полікоморбідних пацієнтів;

- використання мультидисциплінарних команд для комплексного догляду за людьми похилого віку;
- акцент на профілактику та здоровий спосіб життя для продовження активного довголіття [8].

Спостерігається також і вплив на фармацевтичну галузь:

- збільшення попиту на лікарські засоби;
- потреба у препаратах для лікування серцево-судинних, неврологічних, ендокринних захворювань;
- поліпрагмазія (одночасного прийому кількох ліків), що підвищує ризик побічних ефектів;
- потреба у розробці безпечніших ліків з мінімальними побічними діями для геріатричних пацієнтів.

Старіння населення потребує розвитку персоналізованої медицини та фармакогенетики: генетичного тестування для підбору оптимальної терапії; розробки ліків з урахуванням індивідуальних особливостей літніх пацієнтів; використання біотехнологічних препаратів та імунобіологічної терапії.

Старіння населення вимагає покращення сфери фармацевтичного обслуговування. Фармацевтична опіка важлива для здійснення контролю взаємодії ліків в умовах поліпрагмазії, оцінки ефективності терапії. Покращити рівень надання допомоги можна використанням сучасних технологій (мобільні додатки, електронні рецепти) для контролю прийому препаратів. Лікування людей похилого віку потребує розширення асортименту безпечних та зручних у застосуванні лікарських форм (пластири, ін'єкційні ручки, розчини).

Усі вище зазначені фактори обумовлюють необхідність розвитку телемедицини (зменшення потреби в очних консультаціях, дистанційний моніторинг стану здоров'я), інвестицій в геріатричну фармацію (створення препаратів, адаптованих до потреб літніх пацієнтів), розробки медико-соціальних програм (підтримка самотійного проживання літніх людей, профілактика вікових захворювань), роботи над автоматизацією догляду

(роботизовані асистенти, "розумні" системи нагадувань про прийом ліків) [9].

Демографічне старіння змінює підходи до медицини та фармації, потребує стратегічного планування та адаптації медичних та фармацевтичних послуг для забезпечення якісного та доступного лікування населення літнього віку.

Демографічне старіння спостерігається по всьому світу. Україна, як і більшість європейських країн, стикається з проблемою старіння населення. Основні демографічні зміни відбулися через низьку народжуваність, високу смертність, трудову міграцію та інші соціально-економічні фактори.

Основні тенденції зміни вікової структури населення України

1. Збільшення частки літніх людей (65+ років). Збільшення попиту на лікарські засоби. У 1991 році частка осіб віком 65+ становила приблизно 12%, у 2021 році цей показник перевищив 17% (рис.1.1.). За прогнозами, до 2050 року частка людей віком 65+ може зрости до 25-30%. Це свідчить про швидке старіння населення та збільшення навантаження на пенсійну систему.

2. Скорочення частки працездатного населення (15-64 роки). У 1991 році працездатне населення становило близько 60%. До 2021 року ця частка зменшилася до 55%. Через високий рівень еміграції молодих людей та низьку народжуваність прогнозується подальше зменшення кількості працездатного населення.

3. Зменшення частки дітей та молоді (0-14 років). У 1991 році частка дітей до 14 років складала близько 22%. У 2021 році цей показник знизився до 15%. Низький рівень народжуваності (коефіцієнт народжуваності – менше 1,5 дитини на жінку) є головною причиною зменшення частки молодого покоління.

4. Зростання середнього віку населення. У 1991 році середній вік українців становив 35 років. У 2021 році – вже 41 рік. Очікується, що до 2050 року що середній вік населення перевищить 45 років.

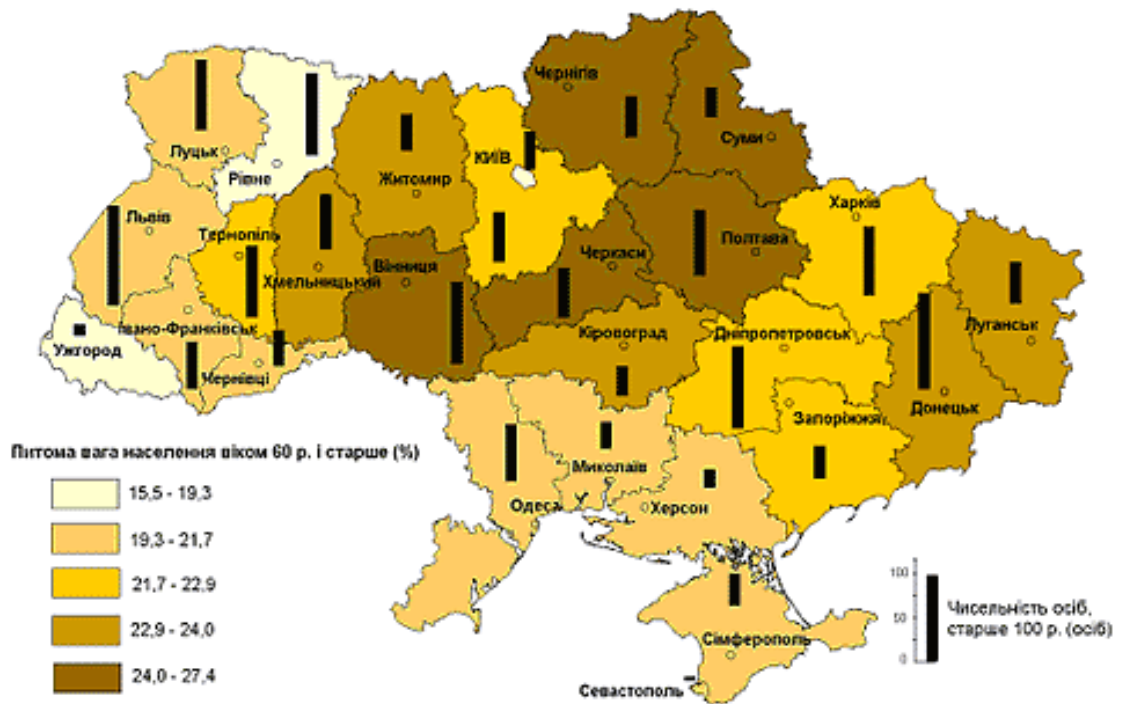


Рис. 1.1. Питома вага населення України віком 60 років і старше станом на 2021 рік

Протягом останніх десятиліть демографічна структура Європи зазнала значних змін через старіння населення. Серед основних тенденції – збільшення частки літніх людей віком 65+ років. У 1960-х роках частка людей віком 65+ становила близько 10% населення. У 2020 році цей показник перевищив 20% у багатьох країнах ЄС. Прогнози вказують, що до 2050 року частка літніх людей може зрости до 30% (рис. 1.2). Ці зміни впливають на економічний розвиток, зайнятість, соціальну політику та систему охорони здоров'я в Європі.

Протягом останніх десятиліть світова демографічна структура зазнала суттєвих змін. Основні тенденції включають загальне старіння населення, зменшення частки дітей та молоді в розвинених країнах, а також продовження демографічного зростання у країнах, що розвиваються.

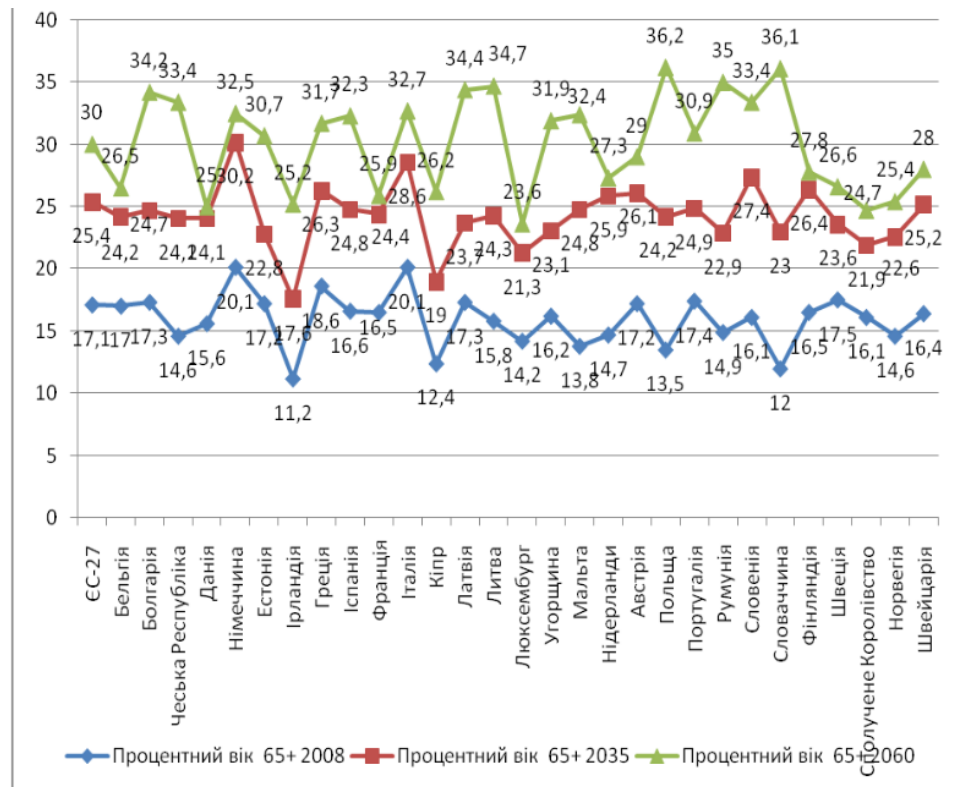


Рис. 1.2. Динаміка старіння населення Європи, 2008–2060 рр. (за даними Євростату)

1.2. Фізіологічні, психологічні та когнітивні особливості геріатричних пацієнтів

Геріатричні пацієнти – особи похилого віку (зазвичай 65+ років), які мають специфічні фізіологічні, психологічні та соціальні особливості, що впливають на їхній стан здоров'я та потребують особливого підходу до лікування.

Фізіологічними особливостями геріатричних пацієнтів є:

- Зміни у метаболізмі та функціонуванні органів:
 - зниження функції печінки та нирок → сповільнений метаболізм і виведення ліків;
 - зменшення м'язової маси та збільшення жирової тканини → змінюється розподіл препаратів (ліпофільні ліки, як-от бензодіазепіни, які накопичуються і діють довше);

- зниження водного обміну → вищі концентрації водорозчинних ліків у плазмі (наприклад, аміноглікозидів).
- Високий ризик хронічних захворювань:
 - артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, остеопороз, артрози;
 - неврологічні розлади (хвороба Альцгеймера, Паркінсона);
 - синдроми старіння: саркопенія, когнітивна дисфункція, порушення рівноваги та ризик падінь.
- Поліпрагмазія (одночасне приймання 5+ ліків):
 - збільшує ризик лікарських взаємодій та побічних ефектів;
 - вимагає постійного перегляду медикаментозної терапії.

У людей похилого віку психологічними та когнітивними особливостями виступають:

- Підвищений ризик когнітивних порушень:
 - деменція, депресія, синдром "сутінкової свідомості";
 - погіршення пам'яті → проблеми з дотриманням режиму лікування;
 - підвищена чутливість до психотропних препаратів:

Бензодіазепіни, антипсихотики можуть спричиняти сплутаність свідомості, падіння, когнітивні розлади. Антидепресанти першого покоління (трициклічні) мають високий ризик ортостатичної гіпотензії та антихолінергічних ефектів.

Не варто також забувати про соціальні аспекти та якість життя цієї категорії населення:

- Самотність та ізоляція:
 - соціальна ізоляція підвищує ризик депресії та когнітивного зниження.
- Фінансові труднощі:
 - обмежені ресурси для якісного харчування, лікування та догляду.
- Проблеми з доглядом:

- деякі пацієнти потребують сторонньої допомоги (доглядальники, родичі, будинки для літніх людей) [8-10].

Таким чином, геріатричні пацієнти потребують особливих підходів до лікування, а саме:

- принцип "Start Low, Go Slow" – починати з найнижчої дози і поступово підвищувати;
- мінімізація поліпрагмації – переглядати і відмінити зайві ліки;
- регулярний моніторинг функції нирок, печінки, когнітивного статусу;
- запобігання падінням: корекція артеріального тиску, уникнення седативних препаратів, бензодіазепінів, фізична реабілітація;
- соціальна та психологічна підтримка – важливою є увага сім'ї та спеціалізованих служб.

Комплексний підхід дозволяє покращити якість життя літніх людей та знизити ризики, пов'язані з віковими змінами [8-12].

1.3. Ризики фармакотерапії у геріатричних пацієнтів

Невід'ємною складовою надання якісної медичної допомоги геріатричним пацієнтам є фармацевтична опіка – система професійного догляду за пацієнтом, яку здійснює фармацевт з метою забезпечення безпечного, ефективного та раціонального використання лікарських засобів. Правильний підхід до фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів допомагає покращити їхнє здоров'я, знизити ризик ускладнень, підвищити якість життя, уникнути помилок, допущених фармацевтичним працівником.

Зниження функцій органів і тіла людини, пов'язане з (біологічним) старінням, зумовлені підвищеним окиснювальним стресом, укороченням теломер, зміненою експресією генів і посиленням апоптозу, що призводить до пошкодження мітохондріальної та ядерної ДНК. Усе це також впливає на фармакокінетику та фармакодинаміку багатьох лікарських засобів [4].

Геріатричні пацієнти є особливо вразливими до побічних ефектів фармакотерапії через вікові зміни в метаболізмі, поліпрагмазію та коморбідні стани. Основні несприятливі наслідки включають:

1. Фармакокінетичні та фармакодинамічні зміни:

- зниження функції печінки → уповільнення метаболізму ліків, що призводить до їх кумуляції;
- зниження ниркової функції → порушення виведення препаратів, особливо нефротоксичних (нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), аміноглікозиди, дигоксин);
- збільшення жирової тканини → пролонгація дії ліпофільних препаратів (бензодіазепіни);
- зниження чутливості рецепторів → змінена відповідь на антигіпертензивні, седативні, анальгетичні засоби.

2. Поліпрагмазія та лікарські взаємодії

- збільшений ризик несумісності препаратів, що може призводити до зниження ефективності або посилення токсичності;
- взаємодія антикоагулянтів (варфарину) з НПЗЗ або антибіотиками → ризик кровотеч;
- комбінація антидепресантів селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) та НПЗЗ → ризик шлунково-кишкових кровотеч;
- антихолінергічні ефекти (антипсихотики, трициклічні антидепресанти) → когнітивні порушення, затримка сечі.

3. Побічні ефекти, що особливо небезпечні у літніх пацієнтів

- падіння та переломи (бензодіазепіни, нейролептики, антигіпертензивні засоби);
- когнітивні розлади та делірій (антихолінергічні препарати, опіоїди, кортикостероїди);
- гіпоглікемія (сульфонілсечовина, інсулін при недостатньому харчуванні);

- ортостатична гіпотензія (блокатори α -адренорецепторів, діуретики);
- ниркова недостатність (НПЗЗ, інгібітори АПФ, аміноглікозиди).

4. Стратегії профілактики несприятливих наслідків включають:

- використання критеріїв beers та stopp/start для оцінки доцільності призначення препаратів;
- мінімізація поліпрагмазії (обмеження кількості препаратів до необхідного мінімуму);
- регулярний контроль функції нирок та печінки при призначенні нефро- та гепатотоксичних препаратів;
- персоналізований підбір дозування з урахуванням фармакокінетичних змін;
- навчання пацієнтів і доглядальників щодо потенційних побічних ефектів.

Правильне управління фармакотерапією допомагає знизити ризик ускладнень та покращити якість життя геріатричних пацієнтів [13].

1.4. Особливості застосування деяких груп лікарських засобів у пацієнтів похилого віку

1.4.1. Анальгетики

Особи похилого та старечого віку є основними споживачами НПЗЗ через значну поширеність хронічних запальних і дегенеративних захворювань у цієї категорії пацієнтів. Зазвичай адекватна анальгезія може запобігти хронізації болю. Однак, застосування НПЗЗ у пацієнтів цього віку має певні складнощі, зумовлені високою частотою ускладнень. Для хворих старшого віку характерна поліморбідність, яка потребує обережності при призначенні НПЗЗ, особливо за наявності захворювань печінки й ШКТ, високого ризику розвитку серцево-судинних, ниркових ускладнень [14].

Ще однією проблемою у лікуванні больового синдрому у людей похилого віку є недостатня анальгезія за застосування терапевтичних доз

аналгетичних засобів. Що знижує прихильності пацієнта до лікування в цілому і може серйозно підірвати довіру до лікаря [14].

Крім того, самолікування зі застосуванням безрецептурних анальгетиків, в тому числі НПЗЗ, несе значні ризики для здоров'я пацієнта, оскільки самостійний підбір дози, курсу лікування може спричинити серйозні ускладнення, перш за все, побічні реакції з боку ШКТ. Порушення рівноваги між факторами агресії шлункового вмісту і захисними факторами слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, спричинене застосуванням НПЗЗ, є класичним варіантом патогенезу ерозивно-виразкового ураження ШКТ [15, 16]. За даними досліджень, ризик появи цих ускладнень у осіб, які регулярно приймають НПЗЗ, зростає більше ніж у 4 рази і становить приблизно 0,5–1 епізод на 100 пацієнтів на рік. Тому одним із важливих питань фармацевтичної опіки є раціональне і безпечне застосування НПЗЗ у людей похилого і старечого віку. Також НПЗЗ можуть викликати й інші побічні ефекти у геріатричних пацієнтів, з боку нервової системи – головний біль, тривожність, погіршення зору й слуху [18, 19].

Інформація щодо препаратів, потенційно неприйнятних у людей похилого віку на основі оновлених критеріїв Beers, за рекомендаціями Американського товариства геріатрії, наведена в таблиці 1.1 [15].

Таблиця 1.1

**НПЗЗ, потенційно неприйнятні у людей похилого віку,
за рекомендаціями Американського товариства геріатрії**

Препарати	Застереження та рекомендації
Неселективні інгібітори ЦОГ для перорального прийому: аспірин у дозі > 325 мг/день, диклофенак, дифлунізал, цедолак, фенопрофен, ібупрофен, кетопрофен, меклофенамат, мефенамова	Підвищення ризику розвитку шлунково-кишкових кровотеч та виразкової хвороби у групах високого ризику, у тому числі у осіб віком > 75 років або тих, хто отримує кортикостероїди перорально або парентерально, антикоагулянти, антиагреганти

кислота, напроксен, оксапрозин, піроксикам, суліндак, толметин	Виразки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, масивна кровотеча або перфорація розвиваються приблизно у 1% пацієнтів, які отримували препарати протягом 3-6 місяців та приблизно у 2-4% пацієнтів, які отримували препарати протягом 1 року; при більшій тривалості використання препаратів ці тенденції зберігаються Уникати хронічного використання, якщо інші варіанти лікування виявляються неефективними, і якщо пацієнти можуть приймати інгібітор протонної помпи або мізопростол (що знижує, але не усуває ризик)
Індометацин Кеторолак (включаючи парентеральну лікарську форму)	Підвищений ризик шлунково-кишкових кровотеч/виразкової хвороби та гострого пошкодження нирок у людей похилого віку – уникати Індометацин: підвищений ризик несприятливого впливу на ЦНС порівняно з іншими НПЗЗ – уникати

Селективні НПЗЗ (целекоксиб, рофекоксиб) рідше, ніж неселективні НПЗЗ (ібупрофен, кетопрофен, індометацин) чинять ульцерогенну дію. Але застосування селективних інгібіторів циклооксигенази (ЦОГ)-2 за больового синдрому мало ефективно, оскільки встановлено, що за гострого болю концентрація ЦОГ-1 підвищується в декілька разів. Тому інгібування тільки ЦОГ-2 зумовлює незначний анальгезивний ефект при гострому больовому синдромі.

Оптимальними для людей похилого віку можуть бути препарати, які інгібують водночас, як ЦОГ-1, так і ЦОГ-2. Одним з таких є порівняно новий лікарський засіб, класу оксикамів лорноксикам, який є потужним, збалансованим інгібітором ЦОГ-1 та ЦОГ -2 і чинить виражену анальгезивну та протизапальну дію, відрізняється від інших оксикамів коротким періодом напіввиведення, що знижує ризик кумуляції та підвищує безпеку його застосування, що особливо важливо для осіб похилого віку. Механізм знеболювального ефекту препарату пов'язаний не тільки з пригніченням синтезу простагландинів, ізоферментів ЦОГ, а й інгібуванням утворення вільних радикалів з активованих лейкоцитів і лейкотрієнів. Крім цього, додатковим фізіологічним механізмом усунення болю будь-якої інтенсивності й локалізації є стимулювання продукції ендогенних динорфінів і ендорфінів. Лорноксикам не підвищував ризику розвитку побічних ефектів у пацієнтів віком >65 років, що дозволяє призначати його в цій віковій групі без ризику розвитку ускладнень [14].

1.4.2. Антидепресанти

При діагностуванні депресії у людей похилого віку слід враховувати специфічні для даної вікової групи особливі клінічні прояви. Порівняно з молодшими пацієнтами, у літніх людей депресія частіше проявляється відсутністю емоцій, а не типовим пригніченим настроєм. Вони більш схильні до роздратованості та страху, ніж до почуття смутку. Симптоми часто виникають епізодично, з різною частотою протягом дня. Депресія у літніх пацієнтів нерідко супроводжується втратою інтересу до звичних занять, зниженням мотивації, соціальною ізоляцією та зменшенням активності, а також суїцидальним ризиком. У цій віковій категорії часто діагностуються масковані депресії, які потребують уважного підходу до діагностики та лікування.

Психофармакотерапія включає використання антидепресантів, вибір яких залежить від клінічних симптомів, патогенетичних механізмів розвитку

депресії, а також віку, статі та загального стану пацієнта. У разі переважання тривожних симптомів доцільно застосовувати антидепресанти з м'яким седативним ефектом. За атонічних та анестетичних симптомів застосовують препарати зі стимулювальними властивостями. При сенесто-алгічних явищах з афектами туги більш ефективні класичні трициклічні антидепресанти (ТЦА) кломіпрамін, іміпрамін, амітриптилін, мапротилін, але при цьому треба враховувати їх холінолітичні побічні ефекти.

У разі уніполярної старечої депресії без психотичних симптомів препаратами першої лінії терапії є СИЗС і венлафаксин. Альтернативою їм можуть бути ТЦА бупропіон і міртазапін.

Кломіпрамін застосовується для лікування різних форм депресії. Препарат має широкий спектр фармакологічної активності, включаючи антисеротонінергічну, антигістамінну та антихолінергічну дію. Літнім пацієнтам кломіпрамін слід призначати з обережністю, оскільки з віком сповільнюється його метаболізм, що може підвищувати концентрацію препарату в крові. Особливу увагу слід приділити пацієнтам із серцево-судинними захворюваннями, контролюючи їхній стан за допомогою електрокардіографії [20].

Взагалі, згідно з Настановою 00468 [21], при призначенні пацієнтам похилого віку треба враховувати, що ТЦА (амітриптилін, докsepін) через виражені антихолінергічні властивості, можуть спричинити сплутаність свідомості, погіршення пам'яті, затримку сечі, закреп та прогресування глаукоми. Флуоксетин вважається недоречним лікарський засіб у цієї категорії хворих через ризик взаємодії.

Інформація щодо антидепресантів, потенційно неприйнятних у людей похилого віку на основі оновлених критеріїв Біра, за рекомендаціями Американського товариства геріатрії, наведена в таблиці 1.2 [15, 19].

Антидепресанти, потенційно неприйнятні у людей похилого віку,
за рекомендаціями Американського товариства геріатрії

Препарати	Застереження та рекомендації
Антидепресанти як монотерапія або комбінація: амітриптилін, амоксапін, кломіпрамін, дезіпрамін, докsepін (у дозі > 6 мг/день), іміпрамін, нортриптилін, пароксетин, протриптилін, триміпрамін	Висока антихолінергічна і седативна активність, викликають ортостатичну гіпотонію; застосування уникають. Профіль безпеки низьких доз докsepіну (≤ 6 мг/день) подібний до профілю безпеки плацебо

1.4.3. Бензодіазепіни

Бензодіазепіни, які широко використовуються для лікування тривожних станів та безсоння, у геріатричних пацієнтів пов'язані з ризиком несприятливих явищ – падіннями та переломами, когнітивним порушеннями й смертністю.

Бензодіазепіни тривалої дії з періодом напіввиведення більше, ніж 20 годин, наприклад діазепам (період напіввиведення 20-100 годин, у осіб похилого віку навіть більше), взагалі не рекомендовано застосовувати особам похилого віку. Їх можна замінити бензодіазепінами з середньою тривалістю дії. За застосування в осіб похилого віку бензодіазепінів середньої тривалості дії (період напіввиведення 5-20 годин) доза має бути зменшена вдвічі. Рекомендована максимальна добова доза теназепаму – 15 мг, лоразепаму – 3 мг, оксазепаму – 60 мг, алпразолам – 3 мг. Тріазолам взагалі більше не рекомендований для застосування у осіб похилого віку, його доступність в аптеках також обмежена [18, 19, 21].

Бензодіазепіни належать до потенційно неприйнятних у людей похилого віку (табл. 1.3) [21].

**Бензодіазепіни, потенційно неприйнятні у людей похилого віку,
за рекомендаціями Американського товариства геріатрії**

Препарати	Застереження та рекомендації
Бензодіазепіни короткої та середньої дії: алпразолам, лоразепам, оксазепам, тріазолам	Літні люди мають підвищену чутливість до бензодіазепінів та знижений метаболізм препаратів пролонгованої дії; в основному, всі бензодіазепіни збільшують ризик когнітивних порушень, делірію, падінь, переломів та автомобільних аварій у людей похилого віку; застосування не рекомендовано.
Бензодіазепіни тривалої дії: (хлордіазепоксид (один або в комбінації), клоназепам, клоразепат, діазепам, флуразепам, квазепам	Можуть бути доцільними у випадках призначення при епілепсії, розладах сну зі швидкими рухами очей, синдромі відміни бензодіазепінів, синдромі відміни етанолу, тяжкому генералізованому тривожному розладі, анестезії в період хірургічного втручання.

1.4.4. Препарати для лікування захворювань серцево-судинної системи

Геріатричним пацієнтам доцільно призначати препарати з доведеною ефективністю та мінімальним ризиком побічних ефектів (табл.1.4). Слід уникати ліків, що можуть викликати ортостатичну гіпотонію, когнітивні порушення або ризик падінь. Дозування має бути скориговане відповідно до функції нирок і печінки. Поліпрагмазія (надмірна кількість препаратів) має бути мінімізована. Правильний підхід до медикаментозного лікування значно покращує якість життя геріатричних пацієнтів.

Інформація щодо серцево-судинних препаратів, потенційно неприйнятних у людей похилого віку на основі оновлених критеріїв Біра, за

рекомендаціями Американського товариства геріатрії, наведена в таблиці 1.4. [19, 21].

Таблиця 1.4

Серцево-судинні препарати, потенційно неприйнятні у людей похилого віку, за рекомендаціями Американського товариства геріатрії

Препарати	Застереження та рекомендації
Центральні антигіпертензивні засоби (клонідин, метилдопа, моксонідин)	Викликають седативний ефект, ортостатичну гіпотонію, підвищують ризик падінь
Довготривала терапія короткодійними нітратами (нітрогліцерин у таблетках)	Викликає рефлексну тахікардію, толерантність
Дигоксин у високих дозах	Високий ризик інтоксикації у літніх людей через змінений кліренс нирками
Нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен, диклофенак) при серцевій недостатності	Викликають затримку рідини, підвищують ризик серцевої недостатності
Трициклічні антидепресанти (амітриптилін, іміпрамін)	Викликають аритмії, гіпотонію, когнітивні порушення
Фенотіазини (хлорпромазин, тіоридазин)	Викликають аритмії та седативний ефект
Антиаритмічні препарати класу I (хінідин, пропафенон, флекаїнід)	Високий ризик проаритмогенних ефектів

Висновок до розділу 1

Фармацевтична опіка геріатричних пацієнтів має численні проблеми, які можуть вплинути на ефективність і безпечність фармакотерапії. При призначенні лікарських засобів людям похилого віку необхідно враховувати не тільки змінену фармакокінетику та фармакодинаміку препаратів, але й

змінені функції організму людини та ризик помилок при лікуванні в реальній практиці. Знання цих особливостей важливо для покращення допомоги геріатричним пацієнтам.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн анкети для оцінки обізнаності фармацевтів щодо фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів

Дослідження має емпіричний характер та проводилося з використанням методу анкетного опитування серед фармацевтів, які працюють в аптечних закладах. Основна мета дослідження полягала у визначенні рівня обізнаності фармацевтів щодо особливостей фармакотерапії геріатричних пацієнтів, а також аналізу основних проблем, з якими вони стикаються при наданні фармацевтичної опіки літнім людям.

Характеристика вибірки

В опитуванні взяли участь фармацевти, провізори та інші працівники аптечних закладів різних регіонів України. Загальна кількість респондентів склала 86 осіб. Вибірка формувалася за методом випадкового залучення шляхом розповсюдження анкети через професійні фармацевтичні спільноти, соціальні мережі та електронну пошту.

Демографічні характеристики респондентів включали такі параметри:

- вік (контингент поділений на вікові групи: 18–25 років, 26–35 років, 36–45 років, 46–55 років, понад 55 років).
- стать (жіноча, чоловіча).
- регіон проживання (відкрите питання, що дозволяє оцінити перебування респондентів на момент опитування).
- рівень освіти (вища фармацевтична, середня фармацевтична, середня медична, вища медична освіта, професійне навчання).
- досвід роботи у фармацевтичній сфері та загальний стаж у аптечних установах.

Інструмент дослідження

Для збору даних використовувалася анкета, розроблена з урахуванням специфіки роботи фармацевтів з геріатричними пацієнтами. Анкета складалася з двох основних частин:

1. Демографічна характеристика респондентів, що включала питання щодо віку, статі, регіону проживання, освіти, досвіду роботи у фармацевтичній сфері.
2. Спеціальна частина, що містила блоки питань, спрямованих на оцінку:
 - знань фармацевтів щодо вікових особливостей організму людини та геріатричних пацієнтів;
 - частоти та особливостей надання рекомендацій геріатричним пацієнтам при відпуску лікарських засобів;
 - наявності додаткового навчання у сфері геріатричної фармакології;
 - основних труднощів, що виникають у процесі роботи з літніми пацієнтами;
 - рівня обізнаності про потенційно недоцільні лікарські засоби для геріатричних пацієнтів;
 - факторів, які впливають на вибір препаратів для пацієнтів похилого віку.
 - основних шляхів підвищення рівня знань фармацевтів у сфері геріатричної фармакотерапії;

Опитування проводилося в анонімно з метою забезпечення об'єктивності відповідей.

Методи аналізу даних

Зібрані дані були проаналізовані за допомогою статистичних методів. Використано описову статистику для визначення частоти відповідей на кожне питання. Статистичний аналіз проводився за допомогою програмного забезпечення SPSS, Microsoft Excel.

Етичні аспекти дослідження

Опитування було добровільним та анонімним, а отримані дані використовувалися виключно у наукових цілях. Респонденти надавали згоду на участь у дослідженні перед заповненням анкети.

Анкета

Демографічна характеристика респондентів

1. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік:
 - 18–25
 - 26–35
 - 36–45
 - 46–55
 - 55 років
2. Вкажіть, будь ласка, Вашу стать:
 - Жіноча
 - Чоловіча
3. Вкажіть, будь ласка, область України, де Ви зараз проживаєте або країну, де Ви перебуваєте за кордоном:
(відкрите питання)
4. Вкажіть, будь ласка, рівень Вашої освіти? (декілька відповідей)
 - Наразі я здобувач(-ка) вищої фармацевтичної освіти
 - Вища фармацевтична
 - Середня фармацевтична
 - Середня медична освіта
 - Вища медична освіта
 - інше (вказати) _____
5. Чи працюєте Ви наразі в аптечній установі і відпускаєте лікарські засоби відвідувачам?
 - Так
 - Ні
6. Якщо Ви працювали чи працюєте в аптечній установі, зазначте, будь-ласка, загальний стаж роботи аптечних установах
 - Менше 6 місяців
 - Від 7 до 12 місяців

- Від 1 до 5 років
- Від 5 до 10 років
- Від 10 до 15 років
- Більше 15 років

Спеціальна частина

Загальні питання

1. Чи пов'язано поступове зниження функцій органів і в цілому організму людини з її хронологічним віком?

- Так
- Скоріше так
- Скоріше ні
- Ні

2. Людина якого віку вважається похилою, відповідно до вікової класифікації ВООЗ?

- 44-60 років
- 60-75 років
- 75-90 років
- старше 90 років

1. Чи стикалися Ви з необхідністю надання рекомендацій при відпуску лікарських засобів пацієнтам похилого віку?

- Так
- Ні

4. Як часто Ви консультуєте пацієнтів старше 60 років?

- Щодня
- Кілька разів на тиждень
- Раз на місяць
- Рідше 1 разу на місяць
- Не доводилося

5. Чи проходили Ви додатково підвищення кваліфікації, тренінги тощо у сфері геріатричної фармакології?

- Так
- Ні

Знання про ризики та особливості застосування препаратів у геріатричних пацієнтів

6. Які, на Вашу думку, основні труднощі в управлінні медикаментозною терапією людей похилого віку (оберіть декілька найбільш значущих, на Вашу думку відповідей))

- змінення фармакокінетики препаратів
- змінення фармакодинаміки препаратів
- зниження функцій органів пацієнта
- хронізація захворювань
- поліпрагмазія
- брак доказів, на яких можна було б базувати рішення про призначення препаратів
- висока вартість лікарської терапії
- низка прихильність пацієнта до лікування
- труднощі у комунікації з пацієнтом через проблеми зі слухом, зором або когнітивні порушення
- недотримання пацієнтом умов зберігання та режиму прийому ліків

Інше _____

7. Які групи препаратів, на Вашу думку, найчастіше призначаються пацієнтам похилого віку? (декілька відповідей)

- Антигіпертензивні засоби
- Статини
- Антикоагулянти
- Антиагреганти
- Ноотропні препарати
- Протипухлинні препарати
- Нестероїдні протизапальні засоби

- Антидепресанти
- Антипсихотики
- Антигістамінні препарати
- Інше (вказіть) _____

8. Чи знайомі Ви з концепцією потенційно недоцільних ліків для літніх пацієнтів Американського товариства геріатрії?

- Так
- Ні

9. Які препарати, на Вашу думку, є потенційно недоцільними для пацієнтів похилого віку через високий ризик побічних ефектів? (декілька відповідей)

- Бензодіазепіни
- β -адреноблокатори
- Нестероїдні протизапальні засоби
- Ніфедипін короткої дії
- Блокатори ангіотензинових рецепторів
- Дигоксин
- Трициклічні антидепресанти
- Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту

10. Які основні потенційні ризики, пов'язані з фенозепамом, обмежують застосування цього препарату в людей похилого віку?

- Диспептичні явища
- Алергічні реакції
- Порушення рівноваги й координації рухів
- Анемія
- Зниження маси тіла

11. Які антипсихотичні засоби можна призначати пацієнтам похилого віку з хворобою Паркінсона

- Хлорпромазин
- Левомепромазин

- Кветіапін
- Клозапін
- Галоперидол

12. Які антидепресанти найбільш безпечні для геріатричних пацієнтів?

Посилання звідки це?

- Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС)
- Трициклічні антидепресанти
- Інгібітори моноаміноксидази

13. Чи збільшується ризик падінь у людей похилого віку через прийом бензодіазепінів?

- Так
- Ні

14. Застосування якого препарату небезпечно у літніх людей через ризик виникнення дисфункції щитоподібної залози

- Варфарин
- Аміодарон
- Нітрогліцерин
- Валсартан
- Глімеперид

15. Прийом яких препаратів небезпечний у людей похилого віку через ризик розвитку остеопорозу

- Нестероїдні протизапальні засоби
- Глюкокортикостероїди
- Інгібітори АПФ
- Органічні нітрати
- Статини

16. Який препарат найбільш безпечний для геріатричних пацієнтів у симптоматичній терапії больового синдрому?

- Ацетамінофен (парацетамол)

- Кодеїн
- Кеторолок
- Ібупрофен

17. Якій цукрознижувальний препарат є потенційно недоцільними для пацієнтів похилого віку через високий ризик розвитку тривалої гіпоглікемії?

- Метформін
- Гліметірид
- Дапагліфозин
- Ліраглутид
- Акарбоза

18. Які побічні ефекти найчастіше можна очікувати у пацієнтів похилого віку при застосуванні НПЗЗ?

- Шлунково-кишкові кровотечі
- Порушення функції нирок
- Серцево-судинні ускладнення
- Порушення функції печінки
- Алергічні реакції
- Бронхоспазм

19. Як часто до Вас звертаються геріатричні пацієнти зі скаргами на побічні ефекти препаратів, придбаних в аптеці?

- Часто
- Рідко
- Інколи
- Ніколи

20. Які фактори Ви вважаєте найважливішими при виборі лікарських засобів для пацієнтів похилого віку?

- Вік пацієнта
- Наявність супутніх захворювань
- Стан функцій нирок та печінки
- Комплаєнс

- Взаємодія з іншими ліками
- Дозування та лікарська форма ліків
- Вартість лікування
- Тривалість курсу лікування
- Профіль безпеки препаратів для літніх пацієнтів
- Інше _____

21. Як Ви оцінюєте свої знання з фармакотерапії людей похилого віку?

- Високий рівень
- Середній рівень
- Низький рівень

22. Як, на Вашу думку, можна підвищити рівень знань та навичок фармацевтів, необхідних для ефективної роботи з геріатричними пацієнтами?

- Навчання на тематичних курсах або тренінгах
- Участь у тематичних семінарах та конференціях
- Доступ до сучасних баз даних лікування геріатричних пацієнтів
- Співпраця з лікарями
- Самоосвіта (ознайомлення з сучасною літературою, науковими

статтями та рекомендацій щодо фармакотерапії пацієнтів похилого віку)

- Інше (вказіть) _____

Висновок до розділу 2

Нами було розроблено анкету для оцінки обізнаності фармацевтів щодо фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів. Перевірено доступність (зрозумілість) та роздільна здатність питань анкети на невеликій вибірці респондентів. Обчислено мінімальний обсяг вибірки та обрано методики подальшого статистичного аналізу.

РОЗДІЛ 3

ОЦІНКА РОЛІ ТА ОБІЗНАНОСТІ ФАРМАЦЕВТІВ ЩОДО ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ GERIATRICHNIX ПАЦІЄНТІВ

3.1. Демографічна характеристика респондентів

Проведене дослідження шляхом анкетування фармацевтів щодо надання фармацевтичної опіки геріатричним пацієнтам. З метою вивчення даної теми, було розроблено анкету, яка була запропонована до заповнення фармацевтичним працівникам, що мають стаж роботи в аптеці.

У дослідженні взяли участь 86 фармацевтичних працівників. Підбір працівників для анкетування здійснювався рандомно, що допомогло уникнути зміщень внаслідок селекції. Анкетування проведене шляхом надання доступу до гугл-форми, яка запропонована мережам аптечних закладів «Аптека доброго дня», «Подорожник», «Бажаємо здоров'я», «Аптека оптових цін», «Конекс» та ін.

Вікову структуру опитаних наведено на рис. 3.1. Серед респондентів переважали працівники віком від 18 до 25 років (44,1%). До вікової категорії 26-35 років увійшло 33,7% фармацевтів, до категорії 36-45 років – 17,4 %, до категорії 46-55 років – 4,7 %.

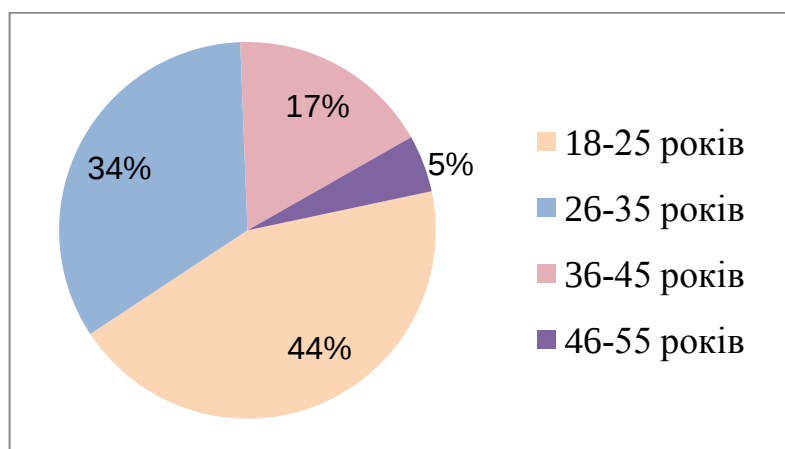


Рис. 3.1. Розподіл респондентів за віковими категоріями

Аналіз вікової структури респондентів показує, що найбільшу частку становили молоді спеціалісти віком від 18 до 25 років (44,1%). Отримані дані можуть бути підґрунтям для подальшого аналізу рівня знань і потреб у підвищенні кваліфікації фармацевтів у сфері геріатричної опіки.

Традиційно в аптеках України наразі працюють переважно жінки. Найближчими роками в аптеках здебільшого така ситуація збережеться, враховуючи гендерний склад абітурієнтів фармацевтичних закладів вищої освіти. Як видно з рис. 3.2, серед фармацевтів нашого опитування 87,2 % склали жінки, 12,8% – чоловіки.

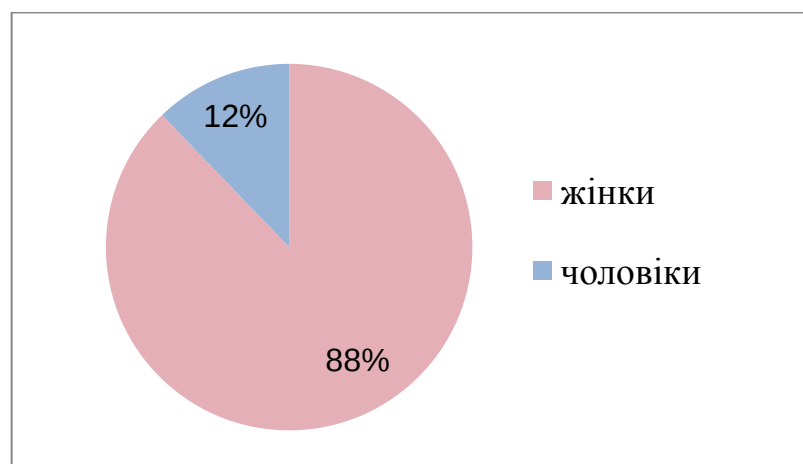


Рис. 3.2. Розподіл респондентів за статтю

Географія учасників анкетування охоплює фармацевтів з десяти областей України, а також двох респондентів, громадян України, які наразі перебувають за кордоном, як показано на рис. 3.3. Найбільшу частку опитаних склали мешканці Вінницької області – 42,7%. Далі за кількістю респондентів – Харківська область (17,2%) та Івано-Франківська область (8,5%). По 6,1% опитаних проживають у Хмельницькій, Полтавській, Київській та Сумській областях. Найменша частка припадає на Черкаську, Кіровоградську та Донецьку області – по 2,4%. Отримані результати свідчать про достатньо широку регіональну представленість вибірки, що сприяє більшій репрезентативності дослідження.

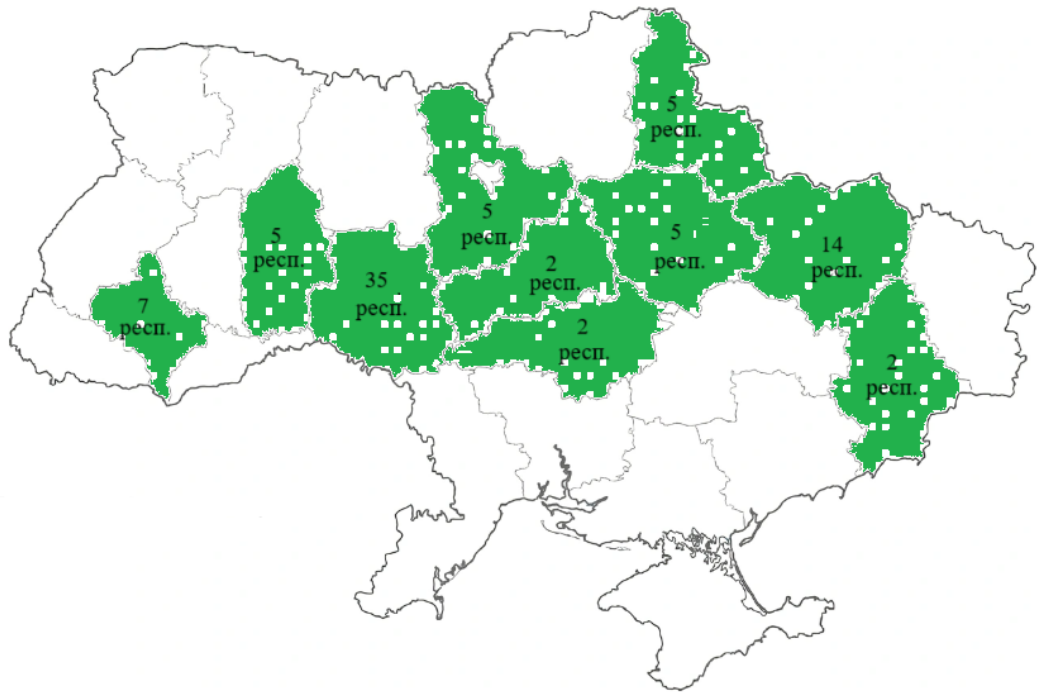


Рис. 3.3. Територіальний розподіл респондентів

Оцінюючи рівень освіти опитаних, бачимо (рис. 3.4.), що 75,6% респондентів мають вищу фармацевтичну освіту, 2,4 % – середню фармацевтичну, 2,4 % – вищу медичну освіту, 17,1 % здобувають вищу фармацевтичну освіту на базі загальної середньої освіти, 2,4 % – здобувають вищу фармацевтичну освіту, маючи середню медичну освіту.

Ці дані свідчать про високий рівень професійної підготовки учасників дослідження.

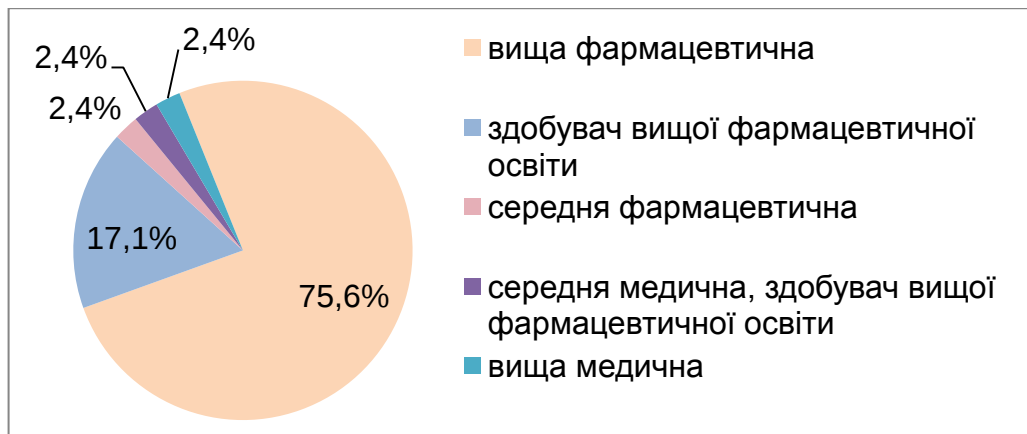


Рис. 3.4. Рівень освіти респондентів

Оцінюючи стаж роботи опитаних фармацевтичних працівників, отримали наступні результати (рис. 3.5.): 38,4% респондентів мають стаж роботи від 1 до 5 років, 22,1% – від 5 до 10 років, 19,8 % – до 6 місяців, 10,5 % – більше 15 років, 5 % – від 10 до 15 років та 5 % – від 7 до 12 місяців.

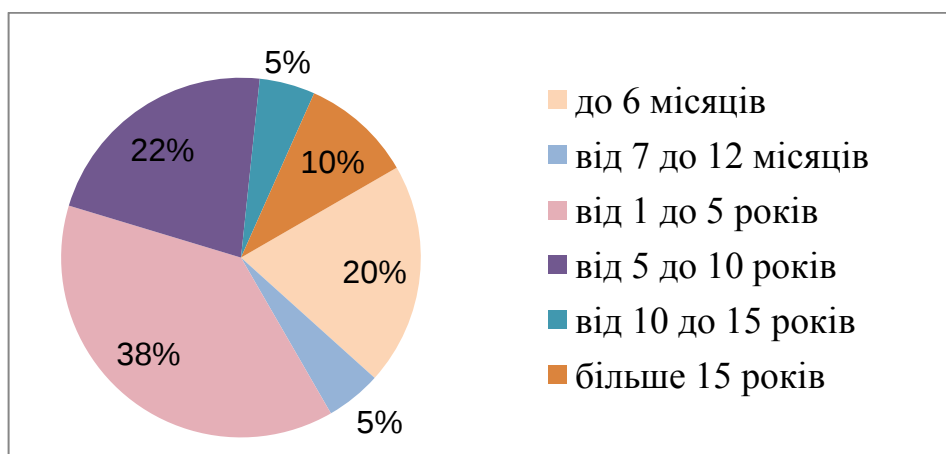


Рис. 3.5. Розподіл респондентів за стажом роботи в аптеці

Такий розподіл свідчить про значну частку молодих спеціалістів, а також про наявність досвідчених кадрів серед учасників дослідження.

На запитання: «Чи працюєте Ви наразі в аптечній установі й відпускаєте лікарські засоби відвідувачам?» 75,6% опитаних відповіли «Так» і 24,4% – «Ні» (рис. 3.6).

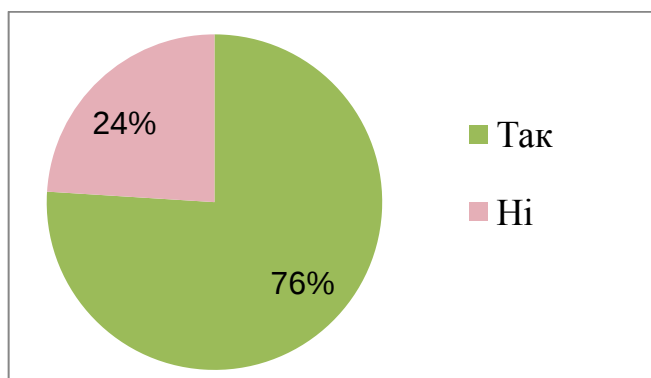


Рис. 3.6. Відповіді респондентів на питання: «Чи працюєте Ви наразі в аптечній установі та відпускаєте лікарські засоби відвідувачам?»

3.2. Аналіз обізнаності респондентів у питаннях фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів

З метою оцінки розуміння респондентами досліджуваної проблеми фармацевтичної опіки, було запропоновано відповісти на ряд запитань.

Старіння – генетично запрограмований універсальний і неминучий процес, що супроводжується певними віковими змінами в організмі. Населення старшого віку – неоднорідна група, фізіологічні та психологічні риси геріатричних осіб суттєво змінюються протягом кожних п'яти років. Так, люди у віці від 60 до 65 років мають інші потреби, ніж особи від 65 до 70 років, а життєве кредо осіб 70-75-літнього віку відрізняються від такого у людей 75-80 років. За віковою класифікації, запропонованою ВООЗ, за середнім віком (44-60 років), слідує похилий, (60-75 років), далі – старечий вік (75-90 років), особи, які досягли 90 років – довгожителі.

Відповідаючи на запитання: «Людина якого віку вважається похилою, згідно з віковою класифікацією ВООЗ?», 88,3% опитаних правильно відповіли, що це вік 60-75 років, 7,0% похилий вік визначили як 75-90 років і 4,6% респондентів відповіли, що це вік – 44-60 років (рис. 3.7).

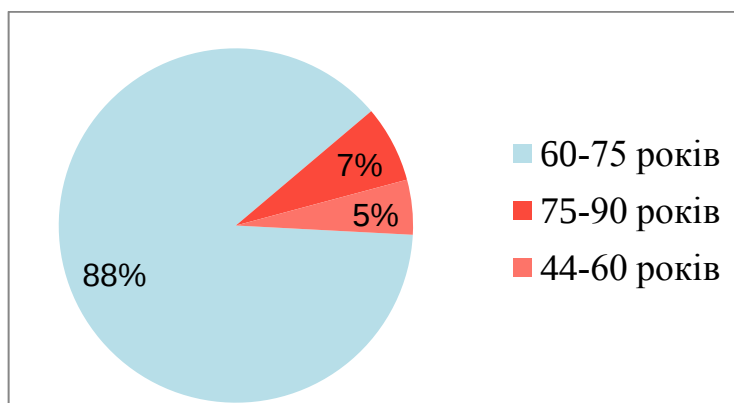


Рис. 3.7. Відповідь респондентів на запитання: «Людина якого віку вважається похилою, відповідно до вікової класифікації ВООЗ?»

Наведена вище вікова періодизація, як і будь-яка класифікація, досить умовна. Реально старіння людини далеко не завжди збігається з

хронологічним віком, на якому базується періодизація. Існують суттєві розбіжності в індивідуальних термінах вікових змін протягом спадної фази розвитку. Існує таке поняття як «біологічний вік», оскільки календарний (хронологічний) вік не є достатнім критерієм стану здоров'я і працездатності людини, яка старіє [22].

На запитання: «Чи пов'язане поступове зниження функцій органів і в цілому організму людини з її хронологічним віком?» ми отримали такі відповіді: 77,9% – «Так», 19,8% відповіли «Скоріше так», 2,3% – «Скоріше ні» (рис. 3.8.).

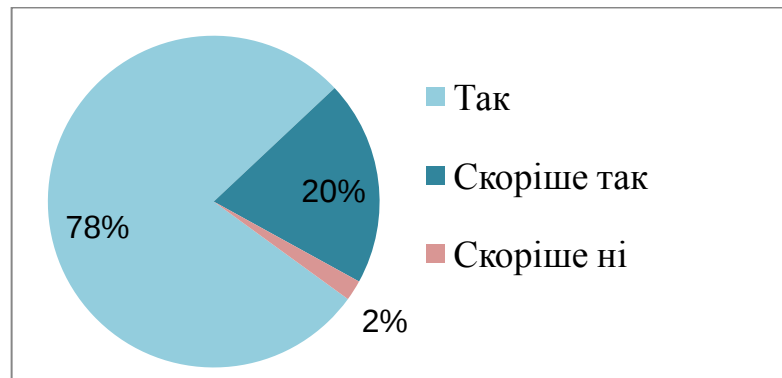


Рис. 3.8. Відповідь на запитання: «Чи пов'язане поступове зниження функцій органів і в цілому організму людини з її хронологічним віком?»

Лікарська терапія є важливою частиною медичного обслуговування людей похилого віку [21, 22]. Майже 90% геріатричних пацієнтів регулярно приймають принаймні 1 рецептурний препарат, майже 80% регулярно застосовують як мінімум 2 рецептурні препарати, а 36% регулярно приймають не менше 5 різних рецептурних препаратів [23, 24]. Якщо враховувати безрецептурні препарати та харчові добавки, ці показники виявляються ще вищими. Більшість ліків, які застосовують геріатричні пацієнти для лікування хронічних розладів, потрібно приймати роками. Тому геріатричні пацієнти частіше за всі вікові категорії відвідують аптечні заклади [21, 25].

Як показало наше опитування, 90,7% фармацевтів у своїй професійній діяльності при відпуску лікарських засобів стикалися з необхідністю надавати особливі рекомендації пацієнтам похилого віку (рис. 3.9).

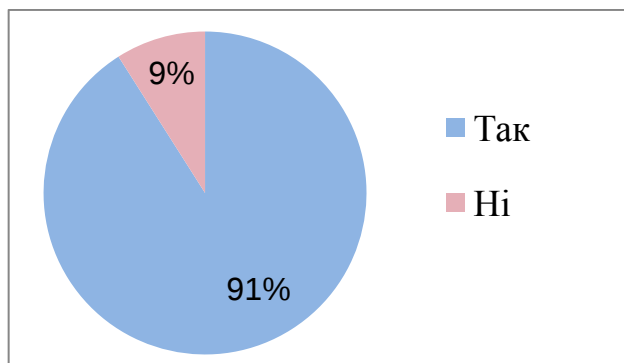


Рис. 3.9. Відповідь на запитання: «Чи стикалися Ви з необхідністю надання особливих рекомендацій при відпуску лікарських засобів пацієнтам похилого віку?»

73,3 % фармацевтів консультують людей похилого щодня, 12,8% опитаних – кілька разів на тиждень, 12,8% – рідко (раз на тиждень і рідше) Результати опитування наведені на рисунку 3.10.

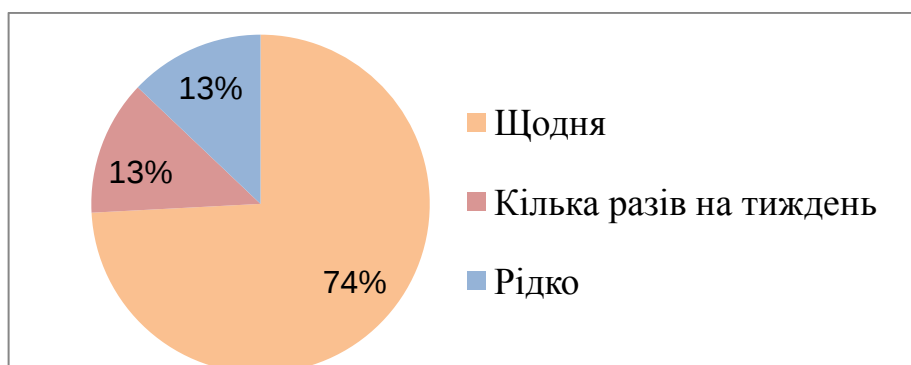


Рис. 3.10. Відповідь на запитання: «Як часто Ви консультуєте пацієнтів старше 60 років?»

Більшість опитаних фармацевтів надають консультації людям похилого віку щодня, що свідчить про високу частоту взаємодії з цією категорією пацієнтів. Отримані дані підкреслюють важливість належної підготовки

фармацевтів до роботи з геріатричними пацієнтами. І тільки 53% опитаних додатково проходили підвищення кваліфікації у сфері геріатричної фармакології (рис. 3.11).

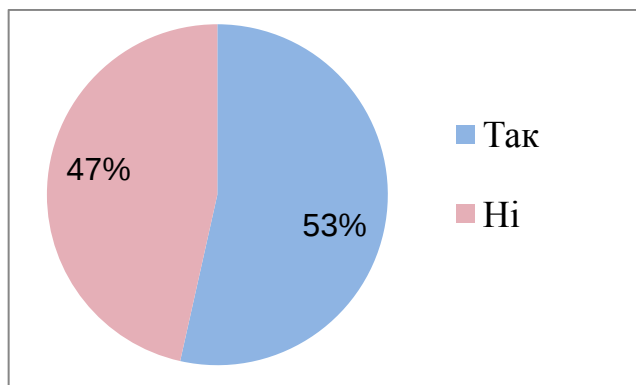


Рис. 3.11. Відповідь на запитання: «Чи проходили Ви додатково підвищення кваліфікації, тренінги тощо у сфері геріатричної фармакології?»

Ускладнення фармакотерапії можуть виникнути в будь-якого пацієнта, але деякі особливості літніх людей роблять їх більш сприйнятливими. Наприклад, люди похилого віку часто приймають кілька ліків і мають вікові зміни у фармакодинаміці та фармакокінетиці, що збільшує ризик. Проблеми, пов'язані з ліками, більш поширені у літніх людей і включають неефективність і побічні ефекти ліків, передозування, недостатнє дозування, невідповідне лікування, неадекватний моніторинг, недотримання режиму прийому та взаємодію лікарських засобів [26, 27].

Медичні працівники стикаються з певними труднощам при лікуванні і консультуванні літніх пацієнтів. В опитуванні фармацевти виділяють такі основні труднощі в управлінні медикаментозною терапією людей похилого віку, як недотримання пацієнтом умов зберігання та режиму прийому ліків (80,2%), високу вартість лікарської терапії (80,2%), хронізацію захворювань (70,1%), зниження функцій органів пацієнта (53,5%), труднощі в комунікації з пацієнтом через проблеми зі слухом, зором, когнітивними порушеннями (44,1%), зміна фармакодинаміки препаратів (29,1%), низка прихильність пацієнта до лікування (26,9%), зміна фармакокінетики (22,1%), поліпрагмазія

(19,5%), брак доказів, на яких можна б було базувати терапію геріатричних пацієнтів (19,5%). Результати опитування наведені на рисунку 3.12.

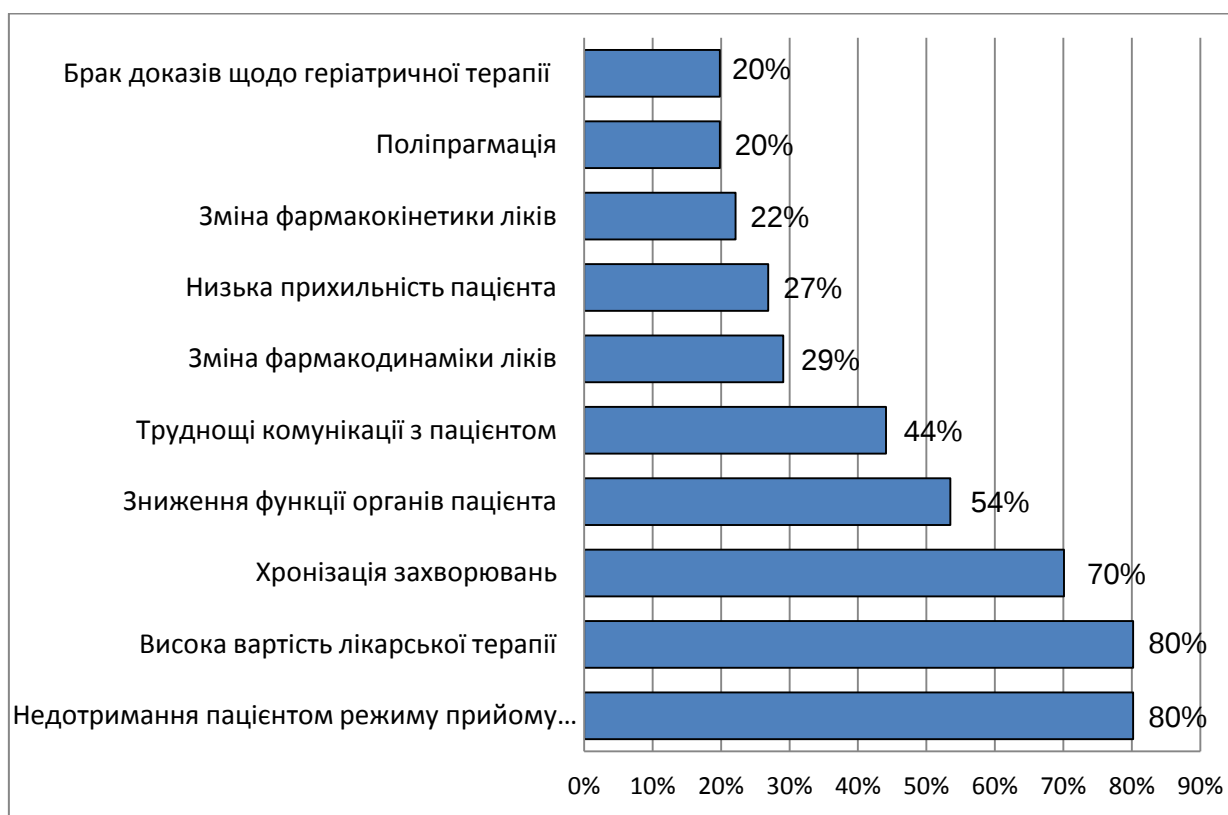


Рис. 3.12. Відповіді на запитання: «Які, на Вашу думку, основні труднощі в управлінні медикаментозною терапією людей похилого віку?»

З проблемою недотримання режиму прийому ліків можна стикнутися при лікуванні пацієнтів будь-якого віку. Але для людей похилого віку вона більш характерна через погану пам'ять, поганий слух і зір, необхідність дотримуватися складних режимів дозування декількох ліків. Цей фактор, що може призвести до ускладнень у лікуванні й викликати несприятливі ефекти ліків, більшість опитаних фармацевтів вважає одним з вагомих в управлінні медикаментозною терапією геріатричних пацієнтів.

На запитання «Які групи препаратів, на Вашу думку, найчастіше призначаються пацієнтам похилого віку?» 95,3% респондентів вказали гіпотензивні засоби, 80,3% назвали НПЗЗ, 66,3% відмітили статини, 64,0% – ноотропні лікарські засоби, 60,2% – антикоагулянти, 53,5% –

антидепресанти, 40,7% – антиагреганти, 39,5% – антипсихотики, 15,1% – протипухлинні лікарські засоби, 12,8 % – антигістамінні препарати (рис. 3.13).

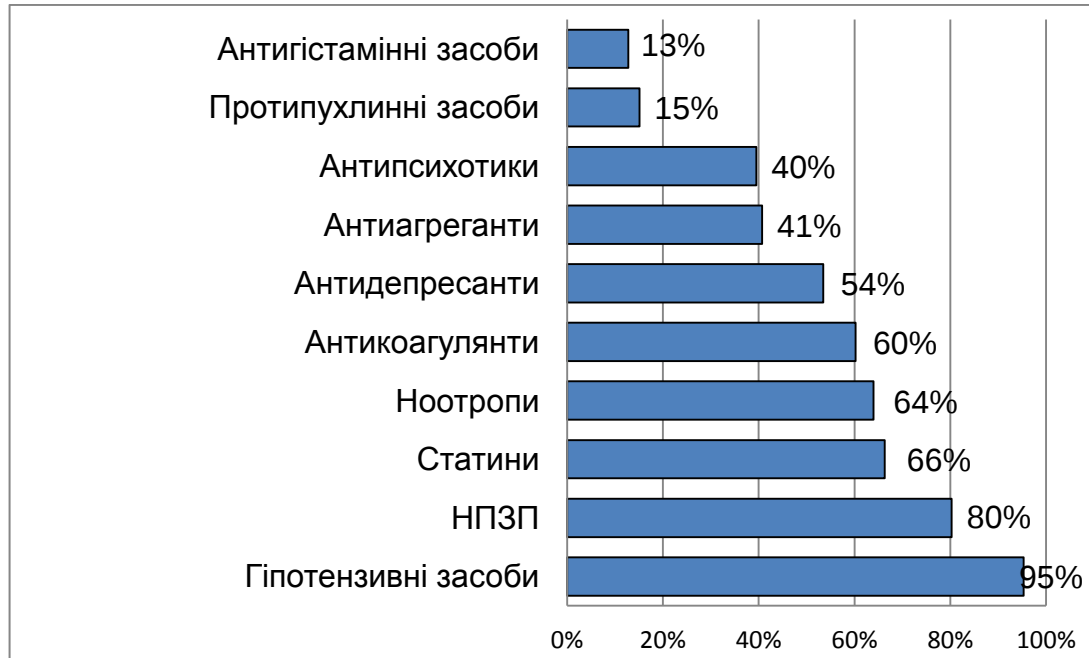


Рис. 3.13. Відповідь на запитання: «Які групи препаратів, на Вашу думку, найчастіше призначаються пацієнтам похилого віку?»

Серед ліків, з якими частіше пов'язують несприятливими ефекти в осіб похилого віку, вважають бензодіазепіни, статини, антипсихотики, НПЗП, антихолінергічні засоби тощо [31, 32]. Американське геріатричне товариство розробило критерії Бірса, список потенційно шкідливих ліків для літніх пацієнтів [15]. Європейським еквівалентом цього списку ліків, неприйнятних для використання в літньому віці, можна вважати ірландські критерії скринінгу призначень «STOPP». Міжнародні рекомендації можуть бути основою для здійснення фармацевтичної опіки у геріатрії й в Україні [15, 33-35].

У нашому опитуванні 53,5% респондентів відповіли, що знайомі з концепцією потенційно недоцільних ліків для літніх пацієнтів Американського товариства геріатрії (рис. 3.14).

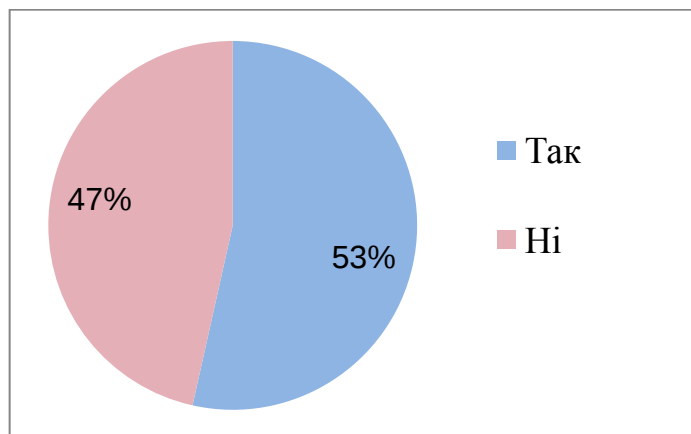


Рис. 3.14. Відповідь на запитання: «Чи знайомі Ви з концепцією потенційно недоцільних ліків для літніх пацієнтів Американського товариства геріатрії?»

Дослідження показали, що найбільше побічних ефектів зустрічається у пацієнтів похилого віку за застосування гіпотензивних, психотропних засобів, кортикостероїдів, НПЗЗ, препаратів наперстянки тощо [15].

Щодо відповідей на запитання «Які препарати, на Вашу думку, є потенційно недоцільними для пацієнтів похилого віку через високий ризик побічних ефектів?» 68,6% відмітили бензодіазепіни, також 68,6% зазначили дигоксин, 57,0% вказали трициклічні антидепресанти, 51,2 % віднесли ніфедипін короткої дії, також 51,2 % вказали НПЗЗ, 19,8% – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, 11,6 % – β -адреноблокатори, 9,3 % відмітили блокатори ангіотензинових рецепторів. Результати наведені на рисунку 3.15.

Наразі добре відомий зв'язок між транквілізаторами групи бензодіазепіну й несприятливими впливами на психомоторну діяльність, пізнавальні функції, увагу й пам'ять людей похилого віку. На запитання: «Які основні потенційні ризики, пов'язані з фенозепамом, обмежують застосування цього препарату в людей похилого віку?». 87,2 % респондентів зазначили порушення рівноваги й координації рухів, 11,6% – диспепсичні явища, 1,2% – анемія (рис. 3.16).

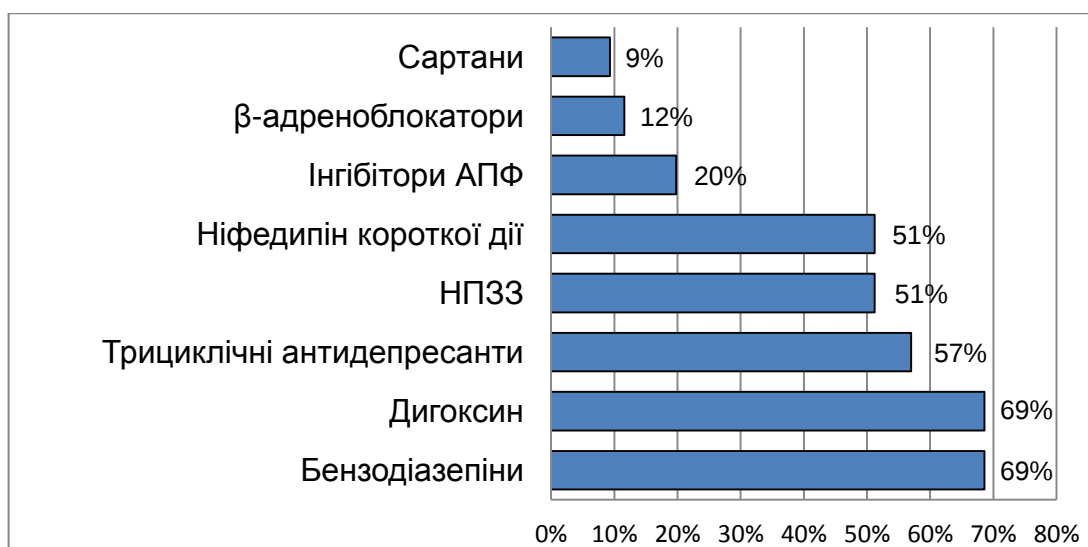


Рис. 3.15. Відповідь на запитання: «Які препарати, на Вашу думку, є потенційно недоцільними для пацієнтів похилого віку через високий ризик побічних ефектів?»

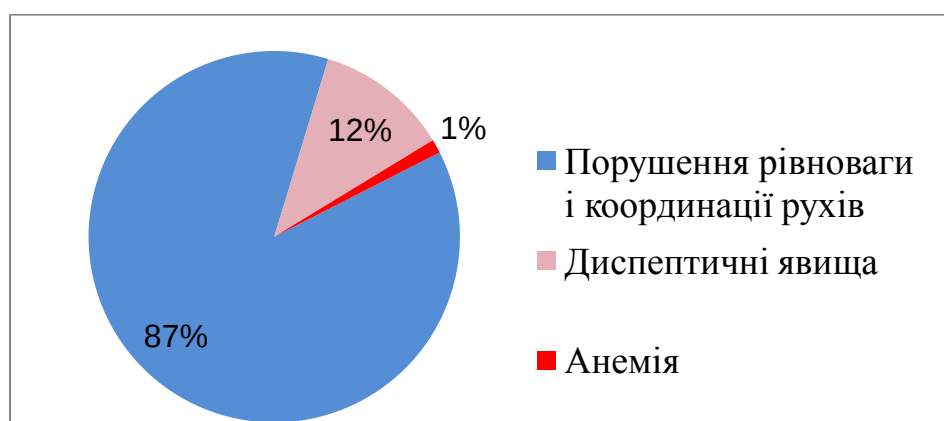


Рис. 3.16. Відповідь на запитання: «Які основні потенційні ризики, пов'язані з фенозепамом, обмежують застосування цього препарату в людей похилого віку?»

До типових антипсихотичних препаратів належать, зокрема, хлорпромазин, левомепромазин і галоперидол, із застосуванням яких асоціюється ризик екстрапірамідних розладів. Атипові нейролептики клозапін та кветіапін з порівняно невеликою афінністю до D₂- дофамінових рецепторів, характеризуються дуже низьким ризиком екстрапірамідних симптомів, тому можуть бути показані за хвороби Паркінсона [15, 23].

На запитання: «Які антипсихотичні засоби можна призначати пацієнтам похилого віку з хворобою Паркінсона?», правильні відповіді дали респонденти, обравши кветіапін (65,1%), клозапін (47,7%), неправильні відповіді були у фармацевтів, що назвали левомепромазин (50,0%), галоперидол (27,9%) та хлорпромазин (17,4 %) (рис. 3.17).

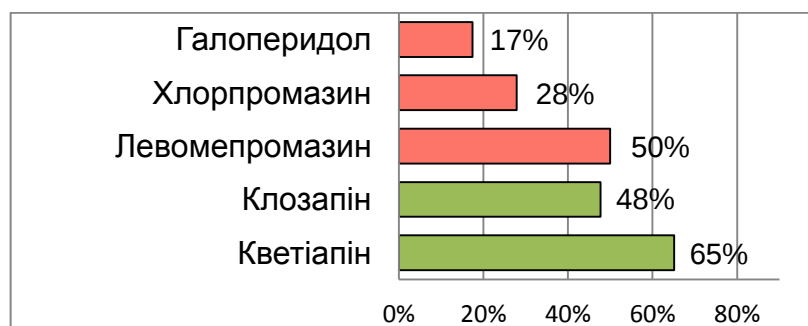


Рис. 3.17. Відповідь на запитання: «Які антипсихотичні засоби можна призначати пацієнтам похилого віку з хворобою Паркінсона?»

Серед антидепресантів найбільш безпечними для геріатричних пацієнтів 82,6% респондентів назвали селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, 10,4% опитаних відмітили інгібітори моноаміноксидази, 7,0% – трициклічні антидепресанти (рис. 3.18). Отримані дані свідчать, що респонденти надали перевагу сучасним препаратам, що краще переносяться пацієнтами літнього віку – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну.

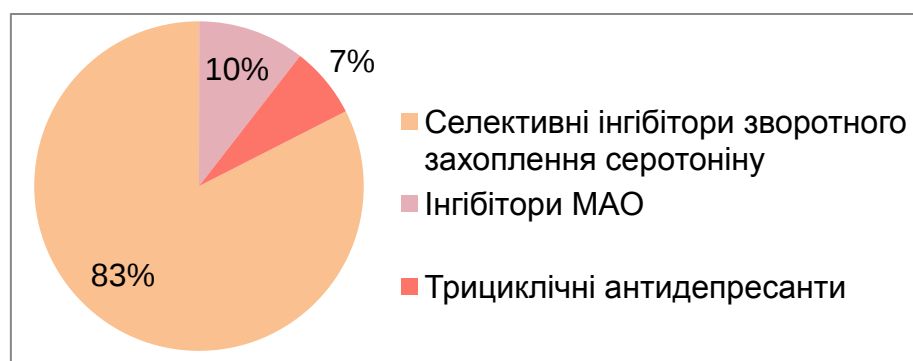


Рис. 3.18. Відповідь на запитання: «Які антидепресанти найбільш безпечні для геріатричних пацієнтів?»

На запитання «Чи збільшується ризик падінь у людей похилого віку через прийом бензодіазепінів?» переважна більшість опитаних фармацевтів (87,2%) вважають, що прийом бензодіазепінів підвищує ризик падінь у людей похилого віку. Лише 12,2% респондентів не пов'язують використання цих препаратів із зростанням ризику падінь. Отримані результати свідчать про високу обізнаність більшості фармацевтів щодо потенційних побічних ефектів бензодіазепінів у геріатричних пацієнтів (рис. 3.19).

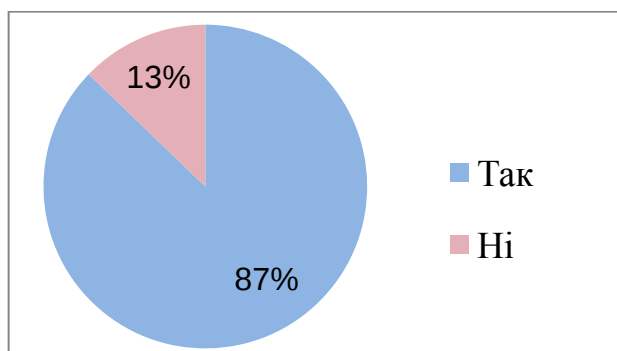


Рис. 3.19. Відповідь на запитання: «Чи збільшується ризик падінь у людей похилого віку через прийом бензодіазепінів?»

На запитання «Застосування якого препарату небезпечно у літніх людей через ризик виникнення дисфункції щитоподібної залози?» 54,7% респондентів дали правильну відповідь, вказавши аміодарон (рис. 3.20).

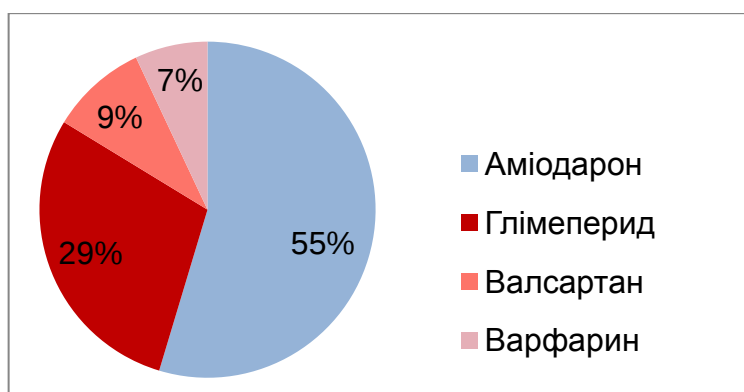


Рис. 3.20. Відповідь на запитання: «Застосування якого препарату небезпечно у літніх людей через ризик виникнення дисфункції щитоподібної залози?»

На запитання: «Прийом яких препаратів небезпечний у людей похилого віку через ризик розвитку остеопорозу?» 74,4% опитаних дали правильну відповідь, вказавши глюкокортикостероїди (рис. 3.21).

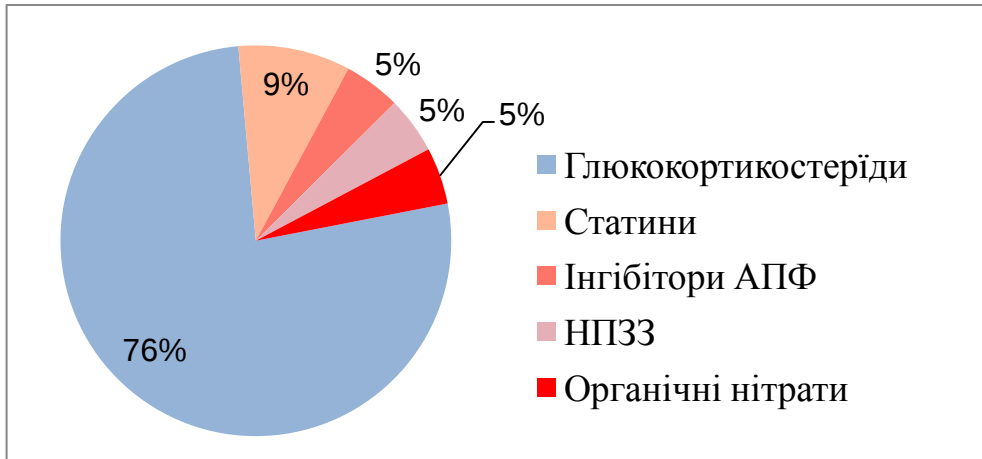


Рис. 3.21. Відповідь на запитання: «Прийом яких препаратів небезпечний у людей похилого віку через ризик розвитку остеопорозу?»

На запитання: «Який препарат найбільш безпечний для геріатричних пацієнтів у симптоматичній терапії больового синдрому?», отримали наступні відповіді: 48,8% вказали ацетамінофен (парацетамол), 50 % – ібупрофен, 1,2% – кодеїн (рис. 3.22).

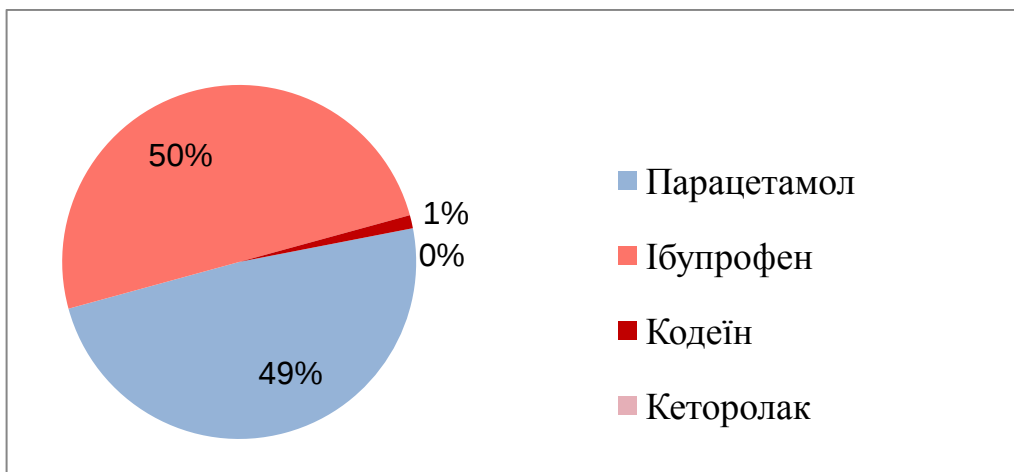


Рис. 3.22. Відповідь на запитання: «Який препарат найбільш безпечний для геріатричних пацієнтів у симптоматичній терапії больового синдрому?»

Отримані результати свідчать про різні підходи у виборі анальгетиків для пацієнтів похилого віку, з перевагою ібупрофену й парацетамолу, останній зазвичай розглядається як відносно безпечний препарат у цій віковій групі.

На запитання: «Який цукрознижувальний препарат є потенційно недоцільними для пацієнтів похилого віку через високий ризик розвитку тривалої гіпоглікемії?» 77,9% респондентів дали правильну відповідь, зазначивши глімепірид, 4,7% – назвали метформін, 15,1% – дапагліфозин, 2,3% – ліраглутид (рис. 3.23).

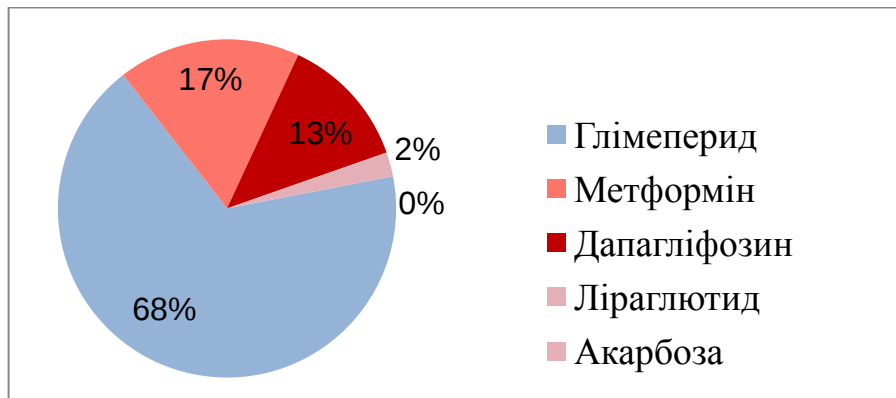


Рис. 3.23. Відповідь на запитання: «Який цукрознижувальний препарат є потенційно недоцільними для пацієнтів похилого віку через високий ризик розвитку тривалої гіпоглікемії?»

Це свідчить про загальну поінформованість фармацевтів щодо ризиків, пов'язаних з похідними сульфонілсечовини у геріатричних пацієнтів, хоча частина респондентів потребує додаткового навчання з цієї теми.

Щодо найбільш ймовірних побічних ефектів НПЗЗ у пацієнтів похилого віку 97,7% респондентів вказали на шлунково-кишкові кровотечі, 72,1% опитаних зазначили порушення роботи печінки, 54,6% – порушення роботи нирок, 38,4% – ускладнення з боку серцево-судинної системи, 20,9% – алергію, бронхоспазм – не вказав ніхто (рис. 3.24).

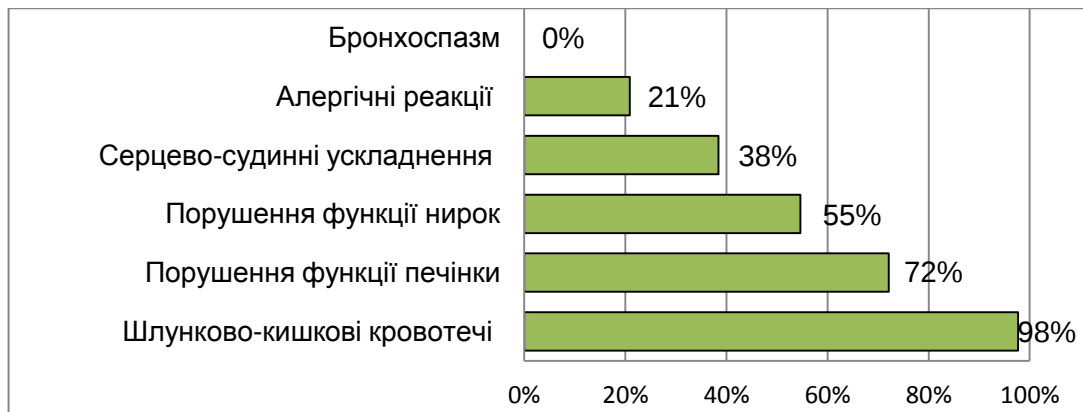


Рис. 3.24. Відповідь на запитання: «Які побічні ефекти найчастіше можна очікувати у пацієнтів похилого віку при застосуванні неселективних НПЗЗ?»

Результати свідчать про високий рівень обізнаності щодо основних ризиків НПЗЗ у геріатричних пацієнтів, хоча певні побічні ефекти залишаються поза увагою.

На запитання: «Як часто до Вас звертаються геріатричні пацієнти зі скаргами на побічні ефекти препаратів, придбаних в аптеці?», 52,3 % опитаних відповіли – «Рідко» 30,2 % – «Інколи», 12,8% – «Часто», 4,7 % – «Ніколи не зверталися» (рис. 3.25). Це може свідчити, що пацієнти у разі виникнення побічних ефектів, особливо більш серйозних, можуть звертатися до лікаря. Але фармацевт має бути готовий до надання консультації.

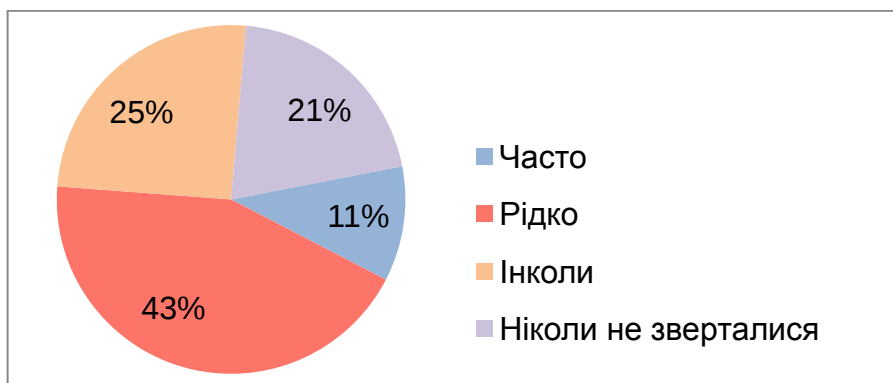


Рис. 3.25. Відповідь на запитання: «Як часто до Вас звертаються геріатричні пацієнти зі скаргами на побічні ефекти препаратів, придбаних у аптеці?»

Серед найважливіших факторів, що впливають на вибір лікарських засобів для пацієнтів похилого віку респонденти зазначили наявність супутніх захворювань (91,8%), взаємодію з іншими лікарськими засобами (84,9%), вік пацієнта (80,2%), дозування та лікарська форма (74,4%), профіль безпеки препарату для геріатричних пацієнтів (61,6%), стан функції нирок та печінки (56,9%), вартість лікування (54,6%), тривалість курсу лікування (34,9%), комплаєнс (30,2%) (рис. 3.26).



Рис. 3.26. Найважливіші фактори, що впливають на вибір лікарських засобів для пацієнтів похилого віку, на думку респондентів

На запитання: «Як Ви оцінюєте свої знання з фармакотерапії людей похилого віку?» 19 (22,1%) оцінили свій рівень знань як низький, 19 (22,1%) – як високий, 48 (55,8%) – як середній (рис. 3.27).

Такі результати свідчать про усвідомлення власної компетентності серед фахівців та водночас підкреслюють потребу в удосконаленні професійної підготовки з геріатричної фармакотерапії.

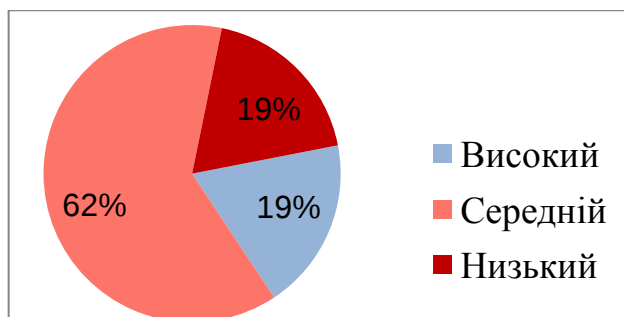


Рис. 3.27. Відповідь на запитання: «Як Ви оцінюєте свої знання з фармакотерапії людей похилого віку?»

Наприкінці опитування респондентам було запропоновано зазначити, як на їх думку, як можна підвищити рівень знань та навичок фармацевтів, необхідних для ефективної роботи з геріатричними пацієнтами. 16 респондентів (18,6%) вважають за необхідне брати участь у тематичних семінарах та конференціях, 43 (50%) – навчання на тематичних курсах або тренінгах, 10 (11,6%) зазначають самоосвіту (ознайомлення з сучасною літературою, науковими статтями та рекомендаціями щодо фармакотерапії пацієнтів похилого віку), 15 (17,4%) вважають за необхідне мати доступ до сучасних баз даних лікування геріатричних пацієнтів, 1 (1,2%) бачить вихід у співпраці з лікарями, 1 (1,2%) не надав пропозицій (рис. 3.28).

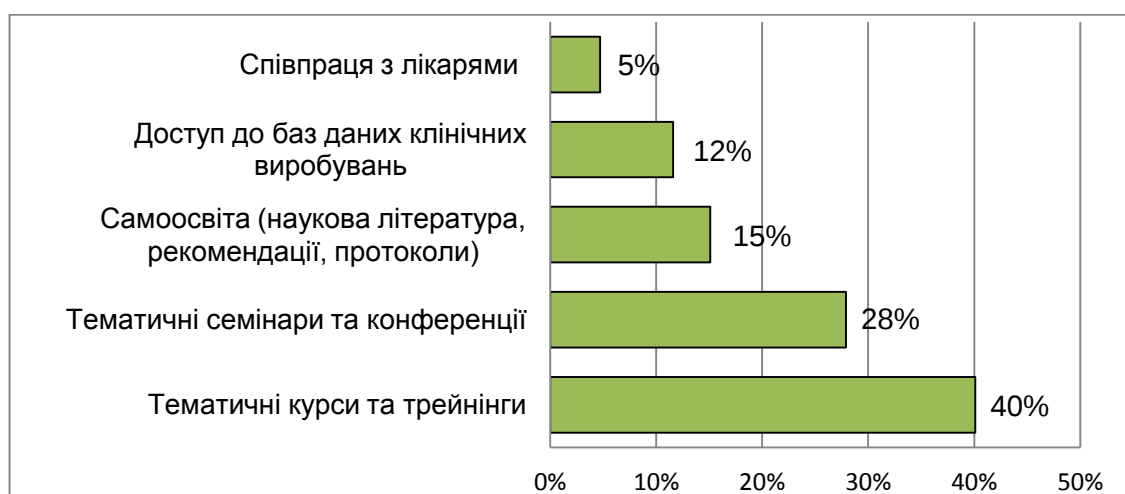


Рис. 3.28. Відповідь на запитання: «Як, на Вашу думку, можна підвищити рівень знань та навичок фармацевтів, необхідних для ефективної роботи з геріатричними пацієнтами?»

Отримані результати свідчать про загальну зацікавленість фармацевтів у професійному розвитку, з особливим акцентом на структуроване навчання.

3.3. Аналіз результатів проведеного опитування та розробка рекомендацій для фармацевтів при консультуванні геріатричних пацієнтів

Оцінюючи отримані дані, бачимо, що анкетування пройшли фармацевтичні працівники різних мереж 10-ти регіонів України. Вік фармацевтів, які взяли участь у опитуванні був різний, так, найбільшою була вікова категорія 26- 35 років (66,3%), що може вказувати на переважання цієї вікової категорії серед працівників аптечних закладів взагалі. Можемо передбачити, що працівники даної вікової групи мають достатній стаж роботи і разом з тим менші ризики професійного вигорання.

Більша частина респондентів на момент опитування працювала в аптечних закладах, інші – ні. Але умовою участі в анкетуванні було наявність досвіду роботи в аптеці з відпуску лікарських препаратів. Оцінюючи стаж роботи в аптеці, бачимо, що найбільші групи – це працівники зі стажем 5-10 років (43,1% осіб) та 1-5 років (33,7%).

80,2% працівників жіночої статі, що говорить про популярність даної професії серед жінок. Більшість респондентів (74,4%) мають вищу фармацевтичну освіту, що вказує на інтелектуальну орієнтованість фармацевтичних працівників, бажання підвищувати рівень своїх знань та надавати висококваліфіковані послуги. Частина працівників поєднує навчання та роботу.

Для оцінки рівня володіння знаннями, щодо особливостей фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів фармацевтичним працівникам, була запропонована низка питань, що стосувалися особливостей вибору препаратів для геріатричних пацієнтів, знання номенклатури неприйнятних для літніх людей лікарських засобів, ризику побічних ефектів певних препаратів у цієї категорії пацієнтів. Хоча на запитання більше половини

фармацевтів дали правильні відповіді, це вказує на недостатність знань і необхідність підвищення рівня професійних компетентностей. Тільки 60,5% опитаних знайомі з концепцією потенційно недоцільних ліків для літніх пацієнтів Американського товариства геріатрії. Фармацевти зазначили, що до них за допомогою звертаються літні пацієнти з приводу побічних реакцій, які виникли через застосування певних препаратів. Це також говорить на користь необхідності підвищення компетентності фармацевтичних працівників в даному напрямку, оскільки реформування системи охорони здоров'я в тому числі передбачає скорочення кількості закладів охорони здоров'я, що, напевно, зменшить доступність лікарської допомоги для пацієнта, збільшить період очікування консультацій з лікарями, а отже, дана частина населення консультуватиметься з працівниками аптечних закладів.

На запитання: «Як Ви оцінюєте свої знання з фармакотерапії людей похилого віку?» 22,1% оцінили свій рівень знань як низький, 22,1% – як високий, 55,8% – як середній, що вказує на розуміння самими фармацевтами необхідності отримання додаткових знань у даному напрямку. Самі фармацевти запропонували шляхи подолання цієї проблеми, як можна підвищити рівень знань та навичок фармацевтів, необхідних для ефективної роботи з геріатричними пацієнтами: 50% вважають за необхідне навчатися на тематичних курсах або тренінгах, 18,6% – брати участь у тематичних семінарах та конференціях, 11,6% зазначають самоосвіту (ознайомлення з сучасною літературою, науковими статтями та рекомендацій щодо фармакотерапії пацієнтів похилого віку), 17,4% вважають за необхідне мати доступ до сучасних баз даних лікування геріатричних пацієнтів.

Консультування геріатричних пацієнтів вимагає від фармацевтів особливого підходу, зважаючи на фізіологічні та когнітивні зміни, які супроводжують процес старіння. Неправильно обрані ліки, спосіб та режим їх дозування становлять серйозну загрозу здоров'ю літніх людей аж до летальних випадків. Незважаючи на те, що міжнародні рекомендації щодо медичної допомоги літнім пацієнтам (американські критерії Бірса, ірландські

критерії скринінгу призначень STOPP»), можуть бути основою для здійснення фармацевтичної опіки й в Україні, доцільним є розробка протоколів фармацевта. Нами розроблені рекомендації, положення яких в подальшому можуть бути використані для розробки протоколів фармацевта.

Рекомендації для фармацевтів з консультування геріатричних пацієнтів

1. Оцінка медикаментозної терапії:

- Регулярно переглядайте список ліків пацієнта, щоб уникнути поліфармації та мінімізувати ризик побічних реакцій.
- Звертайте увагу на потенційно недоцільні ліки для літніх пацієнтів, зокрема бензодіазепіни та нестероїдні протизапальні препарати.

2. Індивідуалізація дозування:

- Враховуйте вікові зміни фармакокінетики та фармакодинаміки при призначенні дозування ліків.
- Рекомендуйте починати терапію з найнижчих ефективних доз та поступово їх коригувати.

3. Оцінка функціонального стану:

- Перед призначенням ліків оцінюйте функцію нирок та печінки, оскільки їх зниження може впливати на метаболізм препаратів.
- Враховуйте наявність супутніх захворювань, які можуть впливати на ефективність та безпеку ліків.

4. Навчання та комунікація:

- Забезпечуйте просте та зрозуміле пояснення щодо прийому ліків, враховуючи можливі когнітивні порушення у пацієнтів.
- Рекомендуйте вести щоденник прийому ліків або використовувати спеціальні контейнери для полегшення дотримання режиму терапії.

5. Моніторинг та підтримка:

- Регулярно цікавтеся самопочуттям пацієнта та наявністю побічних ефектів.

- Заохочуйте пацієнтів повідомляти про будь-які незвичайні симптоми або зміни у стані здоров'я.

6. Співпраця з медичним персоналом:

- Підтримуйте тісний зв'язок з лікарями та іншими медичними працівниками для забезпечення комплексного підходу до лікування пацієнта.
- Беріть участь у міждисциплінарних командах для обговорення оптимальних стратегій терапії.

7. Постійне навчання:

- Беріть участь у тренінгах та семінарах з геріатричної фармакології для оновлення знань та навичок.
- Слідкуйте за оновленнями клінічних рекомендацій та досліджень у сфері лікування літніх пацієнтів.

Дотримання цих рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності та безпеки фармакотерапії у геріатричних пацієнтів, покращуючи їх якість життя та зменшуючи ризик небажаних реакцій.

Висновки до розділу 3

1. Нами проведено опитування, в якому взяли участь 86 фармацевтів з різних регіонів України, що мають досвід роботи в аптеці з відпуску лікарських препаратів.
2. Проведене дослідження продемонструвало, що фармацевти розуміють важливість урахування вікових змін фармакокінетики, фармакодинаміки, особливостей коморбідності та ризику поліпрагмазії при фармацевтичній опіці геріатричних пацієнтів.
3. Більшість фармацевтів не проходили післядипломного навчання або тематичних тренінгів з геріатричної фармакотерапії, що може бути перешкодою у наданні якісної фармацевтичної опіки.
4. Фармацевти усвідомлюють, що ефективне надання фармацевтичної допомоги геріатричним пацієнтам вимагає не лише професійних знань, а

й постійного підвищення кваліфікації через участь у тематичних тренінгах, семінарах, самоосвіті та співпраці з лікарями.

5. Встановлено, що підвищення обізнаності фармацевтів щодо особливостей фармакотерапії літніх пацієнтів є необхідною умовою для покращення якості надання фармацевтичної опіки та профілактики медикаментозних ускладнень у геріатричній практиці.

ВИСНОВКИ

1. Проведено літературний огляд сучасних підходів до фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів, який показав, що ця категорія пацієнтів має особливі фізіологічні, психологічні та когнітивні характеристики, які зумовлюють необхідність персоналізованого підходу до фармакотерапії. Значне поширення поліпрагмазії та вікових змін фармакокінетики/фармакодинаміки підкреслює важливість участі фармацевта у моніторингу безпеки лікування.
2. Розроблена анкета дозволила оцінити рівень обізнаності фармацевтів щодо фармацевтичної опіки геріатричних пацієнтів. Анкета охоплювала як демографічні характеристики респондентів, так і блоки, що стосуються знань про вікові особливості, труднощі в роботі з літніми пацієнтами, знання потенційно недоцільних лікарських засобів та шляхи підвищення професійної компетентності.
3. За результатами опитування 86 фармацевтів з 10-ти регіонів України, встановлено, що більшість респондентів усвідомлюють особливості роботи з геріатричними пацієнтами, однак лише частина має достатній рівень знань щодо потенційно небезпечних препаратів для літніх людей та ризику поліпрагмазії.
4. Отримані результати підкреслюють необхідність впровадження безперервної професійної освіти для фармацевтів, розвитку міжпрофесійної взаємодії з лікарями та створення практичних рекомендацій щодо здійснення фармацевтичної опіки геріатричним пацієнтам.
5. Доцільним є розробка алгоритму дій для фармацевтів при відпуску препаратів геріатричним пацієнтам і його затвердження у вигляді протоколу фармацевта. Дотримання цих рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності та безпечності фармакотерапії літніх людей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Зупанець І. А. Фармацевтична опіка. *Фармацевтична енциклопедія* : офіційний сайт. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/313/farmaceutichna-opika> (дата звернення: 10.04.2025).
2. Мурашко А. М., Левашова О. Л. Належна аптечна практика. *Фармацевтична енциклопедія* : офіційний сайт. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/1166/nalezhna-aptechna-praktika> (дата звернення: 10.04.2025).
3. Права людини: філософські, теоретико-юридичні та політологічні виміри : збірка статей учасників II Міжнародного круглого столу, м. Львів, 24–26 листоп. 2017 р. Львів: ЛОБФ «Медицина і право», 2018. 258 с.
4. Drenth-van Maanen A. C., Wilting I., Jansen P. A. F. Prescribing medicines to older people – How to consider the impact of ageing on human organ and body functions. *Br J Clin Pharmacol*. 2019. Vol. 86, № 10. P. 1921–1930.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я. Україна : інформаційний бюлетень на основі STEPS – Поради щодо здорового способу життя від медичних працівників серед дорослих у віці 18-69 років. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/factsheet-on-ukraine-based-on-steps-health-behavior-advice-by-healthcare-professionals-in-adults> (дата звернення: 10.04.2025).
6. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Деменція. 2016. URL: <https://surl.lu/ixqabb> (дата звернення: 10.04.2025).
7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція. 2016. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_736_ukpmd_dem.pdf (дата звернення: 10.04.2025).
8. Суворовцева І. Ю., Антонова А. О. Міжнародний досвід підтримки осіб похилого віку в контексті активного довголіття. *Вісник Приазовського*

державного технічного університету. Серія: Соціально-гуманітарні науки та публічне адміністрування. 2024. Т. 1, № 12. С. 440-454. URL: https://journals.urau.ua/vsgf_pstu/article/view/320584/311189 (дата звернення: 10.04.2025).

9. Kuprash L., Panteleymonova T., Kuprash O. Pharmacotherapy of older and senile patients. Review. *Agein and Longevity*. 2024. Vol. 5, № 3. P. 139–143.

10. A nonsystematic review of the features of pharmacotherapy in the elderly at the stage of taking medications / L. Yermukhanova et al. *J Clin Pharmacol*. 2024. Vol. 64, № 4. P. 391–398. DOI: 10.1002/jcph.2399.

11. Cherubini A., Laroche M. L., Petrovic M. Mastering the complexity: drug therapy optimization in geriatric patients European geriatric medicine. *Eur Geriatr Med*. 2021. Vol. 12, № 3. P. 431–434. DOI: 10.1007/s41999-021-00493-5.

12. Higbee M. D. The Geriatric Patient: General Physiologic and Pharmacologic Considerations. *Journal of Pharmacy Practice*. Vol. 13, Iss. 4. DOI: 10.1177/0897190000001300403.

13. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини : Закон України від 09.08.2023 № 3301-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3301-20#n6> (дата звернення: 15.04.2025).

14. Хиць А. Р. Менеджмент больового синдрому в осіб похилого віку: фокус на нестероїдні протизапальні препарати. *Український медичний часопис*. 2020. № 6 (140), Т. 1 – XI/XII. С. 2–5.

15. American geriatrics society updated Beers criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019. Vol. 67(4). P. 674-694. DOI: 10.1111/jgs.15767.

16. Керівні рекомендації з ведення пацієнтів із гастропатією, спричиненою нестероїдними протизапальними препаратами (Міжнародний консенсус «ICON-G»). *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2019. № 17 (462). С. 57–60. URL: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2019/ZU_17_2019/ (дата звернення: 15.04.2025).

17. Вдосконалення кваліфікації фахівців фармацевтичної галузі у період реформування медицини та фармації в Україні / І. М. Білай та ін. *Журнал науковий огляд*. 2019. № 2(55). С.1-9. URL: <https://surl.li/grnnov> (дата звернення: 10.04.2025).

18. Снегірьов П. Особливості лікування людей літнього віку: навздогін VI Національному конгресу геронтологів і геріатрів України. *Український ревматологічний журнал*. 2016. № 4 (66). С. 22

19. Єна Л. М., Христофорова Г. М., Гаркавенко О. Г. Геріатричні синдроми в клінічній практиці. *НейроNews. Спеціальний випуск: Хвороби літнього і старечого віку*. 2023. № 1. С. 8-13.

20. Збільшений час у цільовому діапазоні глікемії пов'язаний зі зниженим ризиком серйозних побічних серцево-судинних подій, важкої гіпоглікемії та мікросудинних подій при цукровому діабеті 2-го типу: Post Нос аналіз DEVOTE. *Діабет. Ожиріння. Метаболічний синдром*. 2023. № 4 (XII). С. 8–14.

21. Настанова 00468. Перегляд режиму терапії лікарськими засобами у пацієнтів похилого віку. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3310> (дата звернення: 15.04.2025).

22. Семидоцька Ж. Д., Чернякова І. О., Красовська К. О. Старіння людства і сучасний світ : навч. посіб. для здобувачів вищ. мед. освіти /за ред. Ж. Д. Семидоцької. Харків : ХНМУ, 2024. 88 с.

23. Дослідження епідеміології деменції та хвороби Альцгеймера в Україні / М. С. Федотова та ін. *Вісник фармації*. 2021. № 2 (102). С. 50-58.

24. Поліфармація у геріатричній практиці / Л. М. Єна. та ін. *Здоров'я України*. 2024. № 4. С. 53–54.

25. Психологія людей літнього віку : навч. посіб. / О. Коваленко та ін. Київ : Вид-во ТОВ «Геопринт». 2021. 288 с.

26. Настанова 00472. Стареча депресія. 2017. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3314> (дата звернення: 15.04.2024).

27. Циган Р. М., Солодков Д. Є. Дослідження впливу старіння населення та

трудових ресурсів на зростання економіки України. *Ефективна економіка*. 2022. № 5. С. 1-5.

28. Населення України. Імперативи демографічного старіння. Київ : ВД «АДЕФ-Україна», 2014. 288 с.

29. Зайченко Г. В., Дяченко О. І. Ризики та фактори ризиків несприятливих наслідків фармакотерапії у геріатричних пацієнтів. *Фармацевтичний часопис*. 2024. DOI: 10.11603/2312-0967.2024.2.14748.

30. Вікові аспекти фармакотерапії / за ред. О. М. Біловола. Харків : ТОВ «Планета-Прінт», 2018. 90 с.

31. Potentially inappropriate medications in older adults: a population-based cohort study / B. Roux et al. *Family Practice*. 2020. Vol. 37, № 2. P. 173-179.

32. Gutterman A. S. World Health Organization and older persons. 2023. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4320044 (Date of access: 30.04.2024).

33. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing / E. Rudnickaa et al. *Maturitas*. 2020. Vol. 139. P. 6–11. DOI: 10.1016/j.maturitas.2020.05.018.

34. Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. World Health Organization. 2017. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1> (Date of access: 10.04.2025).

35. Clinical Pharmacists' Knowledge of and Attitudes toward Older Adults / Allen T. K. et al. *Pharmacy*. 2021. Vol. 9, № 4. P. 172. DOI: 10.3390/pharmacy9040172.

ДОДАТКИ

Матеріали ІХ Міжнародної науково-практичної дистанційної «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи», м. Харків, НФаУ, 2025 р.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОПІЦІ ГЕРІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Камак Д. О., Степанова С. І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

e-mail: nutriciologiastepanova@mail.com

Зі зростанням тривалості життя та демографічним старінням населення стає дедалі актуальнішою проблема забезпечення якісної фармацевтичної допомоги геріатричним пацієнтам. Особи похилого віку часто мають коморбідні та/або поліморбідні захворювання, потребують складної медикаментозної терапії, а також стикаються з фізіологічними змінами, що впливають на фармакокінетику та фармакодинаміку лікарських засобів. У таких випадках роль фармацевта виходить за межі звичайного відпуску ліків – він має володіти спеціальними знаннями, бути обізнаним у вікових особливостях пацієнтів та вміти надавати професійне фармацевтичне консультування.

Метою дослідження було вивчити роль та обізнаність фармацевтів у наданні фармацевтичної опіки геріатричним пацієнтам.

Дослідження проводилося шляхом анкетного опитування фармацевтів, які працюють в аптечних закладах України. В роботі використані соціологічний, системно-аналітичний, статистичний методи.

Розроблена нами анкета містила блоки питань, спрямовані на оцінку: знань фармацевтів щодо вікових особливостей організму людини, обізнаності про потенційно недоцільні лікарські засоби для геріатричних пацієнтів та фактори, які впливають на вибір препаратів для пацієнтів похилого віку. Також питання стосувалися особливостей надання рекомендацій геріатричним пацієнтам при відпуску лікарських засобів, основних труднощів, що виникають у фармацевта в процесі роботи з літніми людьми. Анкетування проведене за допомогою гул-форми, яка була запропонована мережам аптечних закладів «Аптека доброго дня», «Подорожник», «Бажаємо здоров'я», «Аптека оптових цін», «Конекс» та ін., що знаходяться в різних регіонах України.

Серед респондентів були фармацевти з різним стажем роботи в аптеці, переважали працівники віком від 18 до 25 років (44%), дещо менше було осіб вікової категорії 26-35 років (34%). Більшість мали вищу фармацевтичну освіту (76%).

Фармацевти зазначили, що стикаються з певними труднощам в управлінні медикаментозною терапією літніх людей, найчастіше: недотримання пацієнтом умов зберігання та режиму прийому ліків (80%); висока вартість медикаментозної терапії (80%); хронізація захворювань (70%); труднощі у комунікації з пацієнтом через проблеми зі слухом, зором, когнітивними порушеннями (44%); зміна фармакодинаміки та фармакокінетики препаратів (29%); низька прихильність до лікування (22%); брак доказів, на яких можна б було базувати терапію геріатричних пацієнтів (20%).

Існують науково обґрунтовані списки потенційно шкідливих ліків для літніх пацієнтів, розроблені американськими та європейськими фахівцями, з яким знайома більшість респондентів. Серед лікарських препаратів, з яким частіше пов'язують несприятливі ефекти в осіб похилого віку, від 51 до 69% фармацевтів зазначили бензодіазепіни, трициклічні антидепресанти, нестероїдні протизапальні засоби, антихолінергічні препарати тощо.

Нами розроблені рекомендації для фармацевтів при консультуванні геріатричних пацієнтів, що стосуються таких напрямків: оцінка медикаментозної терапії, індивідуалізація дозування, оцінка функціонального стану, навчання та комунікація, моніторинг та підтримка, співпраця з лікарями, постійне навчання.

Фармацевти відіграють ключову роль у наданні фармацевтичної опіки геріатричним пацієнтам, що потребує особливого підходу та професійних знань. Респонденти вбачають можливість підвищити свій професійний рівень з цього питання, навчаючись на тематичних курсах, тренінгах, семінарах та конференціях. Доцільним є розробка алгоритму дій для фармацевтів при відпуску препаратів геріатричним пацієнтам і його затвердження у вигляді протоколу фармацевта. Дотримання цих рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності та безпечності фармакотерапії літніх людей.

Постерна доповідь на IX Міжнародній науково-практичній дистанційній конференції «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи», м. Харків, НФаУ, 2025 р.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОПІЦІ ГЕРІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Камак Д. О., Степанова С. І.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
e-mail: nutriciologiastepanova@mail.com

Вступ

Зі зростанням тривалості життя та демографічним старінням населення стає дедалі актуальнішою проблема забезпечення якісної фармацевтичної допомоги геріатричним пацієнтам. Особи похилого віку часто мають коморбідні та/або поліморбідні захворювання, потребують складної медикаментозної терапії, а також стикаються з фізіологічними змінами, що впливають на фармакокінетику та фармакодинаміку лікарських засобів. У таких випадках роль фармацевта виходить за межі звичайного відпуску ліків – він має володіти спеціальними знаннями, бути обізнаним у вікових особливостях пацієнтів та вміти надавати професійне фармацевтичне консультування.

Мета дослідження

Метою дослідження було вивчити роль та обізнаність фармацевтів у наданні фармацевтичної опіки геріатричним пацієнтам.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося шляхом анкетного опитування фармацевтів, які працюють в аптечних закладах України. В роботі використані соціологічний, системно-аналітичний, статистичний методи.

Результати їх обговорення

Розроблена нами анкета містила блоки питань, спрямовані на оцінку: знань фармацевтів щодо вікових особливостей організму людини, обізнаності про потенційно недоцільні лікарські засоби для геріатричних пацієнтів та фактори, які впливають на вибір препаратів для пацієнтів похилого віку. Також питання стосувалися особливостей надання рекомендацій геріатричним пацієнтам при відпуску лікарських засобів, основних труднощів, що виникають у фармацевта в процесі роботи з літніми людьми. Анкетування проведено за допомогою гугл-форми, яка була запропонована мережам аптечних закладів «Аптека доброго дня», «Подорожник», «Бажаємо здоров'я», «Аптека оптових цін», «Конекс» та ін., що знаходяться в різних регіонах України. Серед респондентів були фармацевти з різним стажем роботи в аптеці, переважали працівники віком від 18 до 25 років (44%), дещо менше було осіб вікової категорії 26-35 років (34%). Більшість мали вищу фармацевтичну освіту (76%).

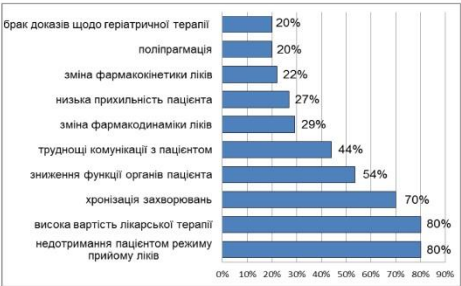


Рис. Відповіді респондентів на запитання: «Які, на Вашу думку, основні труднощі в управлінні медикаментозною терапією людей похилого віку?»

Фармацевти зазначили, що стикаються з певними труднощами в управлінні медикаментозною терапією літніх людей, найчастіше: недотримання пацієнтом умов зберігання та режиму прийому ліків; висока вартість медикаментозної терапії; хронізація захворювань; труднощі у комунікації з пацієнтом через проблеми зі слухом, зором, когнітивними порушеннями тощо (рис.). Існують науково обґрунтовані списки потенційно шкідливих ліків для літніх пацієнтів, розроблені американськими та європейськими фахівцями, з яким знайома більшість респондентів. Серед лікарських препаратів, з яким частіше пов'язують несприятливі ефекти в осіб похилого віку, від 51 до 69% фармацевтів зазначили бензодіазепіни, трициклічні антидепресанти, нестероїдні протизапальні засоби, антихолінергічні препарати тощо.

Висновки

Фармацевти відіграють ключову роль у наданні фармацевтичної опіки геріатричним пацієнтам, що потребує особливого підходу та професійних знань. Наразі доцільним є розробка алгоритму дій для фармацевтів при відпуску препаратів геріатричним пацієнтам і його затвердження у вигляді протоколу фармацевта. Дотримання цих рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності та безпечності фармакотерапії літніх людей.