

УДК 615.1

О. О. Андрєєва

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ВІДВІДУВАЧІВ АПТЕКИ ПРИ СКАРГАХ НА БІЛЬ В СПИНІ

Пошкодження та захворювання органів опорно-рухової системи посідають одне з провідних місць у структурі загальної захворюваності населення більшості європейських країн, у тому числі України. Особливої актуальності захворювання суглобів набувають у зв'язку зі зростанням тривалості життя людини. В Україні з різних причин за останні роки збільшилася частота травм опорно-рухового апарату, зросла питома вага інвалідності від травм. Знання підходів до симптоматичного та патогенетичного лікування пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату є важливим елементом діяльності сучасного провізора.

Key words: захворювання органів опорно-рухової системи, фармацевтична опіка.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Біль у спині є досить поширеним симптомом у людей активного віку. Він може відзначатися при багатьох станах і захворюваннях опорно-рухового апарату. У переважній більшості випадків його безпосередньою причиною є остеохондроз хребта – процес дистрофічних змін міжхребцевих дисків, хрящової поверхні хребців з кістковою тканиною під ними. Остеохондроз – дуже поширене захворювання, і до 40 років його ознаки можуть бути виявлені практично у будь-якої людини. Дегенеративні зміни хряща міжхребцевого диска найчастіше розвиваються в результаті повторних травм, вікових змін, а також запальних захворювань опорно-рухового апарату [9]. Однак у осіб з низькою фізичною активністю, цей процес може початися вже після 20-річного віку. У той же час відзначена негативна роль посилених занять спортом, що ведуть до мікротравматизації елементів хребта і тканин, що його оточують. Біль у спині, або dorsalgia, може бути симптомом різних захворювань і станів.

Найбільш поширені причини болю у спині:

- тривале перебування в незручному положенні;
- неправильна постава;
- недостатня фізична активність;
- неправильне піднімання (ривком) і перенесення важких речей.

Професійні ризики, що провокують біль у спині:

- тривала робота у положенні сидячи або стоячи;
- неправильна організація робочої зони;
- нефізіологічне положення крісла, стільця або сидіння;
- перенесення важких предметів/або силові навантаження.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

При аналізі літературних джерел було визначено, що на сьогодні до загальних підходів лікування болю у спині належать:

1. Симптоматична терапія протизапальними і анальгезуючими засобами (рекомендовано починати із застосування топічних форм, при їх неефективності – застосування форм з вираженою системною дією (пероральні, ін'єкційні) [2, 4].

2. Патогенетична терапія за допомогою міорелаксантів.

3. Патогенетична терапія повільно діючими симптом-модифікуючими препаратами (препарати на основі глюкозаміну гідрохлориду, глюкозаміну сульфату, хондрітин сульфату, гіалуронової кислоти тощо).

4. Вітамінотерапія (переважно, нейротропні вітаміни групи В).

5. Фізіопроцедури (електрофорез, бальнеотерапія).

© Андрєєва О. О., 2014

Головними особливостями призначення лікарських препаратів при болю у спині є наступне. НПЗП та ненаркотичні анальгетики практично завжди використовуються для купірування болю у спині або як препарати першої лінії, або як додаткові препарати в комплексній терапії [5, 7]. Безрецептурному відпуску з аптек підлягають препарати для зовнішнього нанесення у формі мазей, кремів, гелів, розтирань [13]. Швидкість розвитку анальгетичного ефекту залежить від способу введення препарату і швидкості адсорбції (ін'єкційні форми забезпечують більш швидкий розвиток ефекту). Згідно з Рекомендаціями ВООЗ (2000 р.) препаратами першого ряду для раціонального знеболювання на сьогоднішній день є такі: парацетамол, ібупрофен і комбінації парацетамолу з трамадом. При тривалому призначенні трамадолу можливий розвиток лікарської залежності (препарат підлягає рецептурному відпуску з аптек) [1, 8]. У складі комплексного лікування болю у спині застосовуються також міорелаксанти. Міорелаксанти – лікарські засоби, що знижують тонус скелетної мускулатури зі зменшенням рухової активності аж до повного знерухомлення [3]. Це дозволяє зменшити біль у пацієнтів зі м'язовими спазмами та розірвати «замкнуте коло» больового синдрому. Для лікування болісного м'язового спазму міорелаксанти використовуються всередину або парентерально. Лікування міорелаксантами починають зі звичайної терапевтичної дози і продовжують до тих пір, поки зберігається больовий синдром. Як правило, курс лікування становить кілька тижнів. З міорелаксантів центральної дії використовують препарати баклофен, тизанідин, толперизон і тіоколькозид. Досить часто вдаються до призначення міорелаксантів спільно з НПЗП для посилення клінічної ефективності [10].

ВИДІЛЕННЯ НЕВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ ТА ФОРМУВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Досить велика кількість захворювань та патологічних станів, які супроводжуються болем у спині. Це викликає деякі утруднення при здійсненні фармацевтичної опіки відвідувачів аптек. При здійсненні фармацевтичної опіки провізор повинен чітко диференціювати «загрозливі» симптоми та акцентувати увагу пацієнта на необхідність звернення до лікаря, або рекомендувати безрецептурний лікарський засіб для усунення чи полегшення незначних станів [11, 12, 14]. Наведемо деякі захворювання при яких може спостерігатися попереково-крижові болі.

Попереково-крижовий радикуліт – найбільш часта причина поперекового болю. Радикуліт обумовлений переважно вродженими і набутими змінами хребта і його сполучного апарату. Біль у попереково-крижовій ділянці при радикуліті може бути гострим чи тупим, зазвичай виникає з одного боку, віддає в сідницю, задню поверхню стегна, зовнішню поверхню гомілки, посилюючись при зміні положення тіла, ходьбі, кашлі, чханні, напруженні. Іноді біль поєднується з відчуттям оніміння, поколювання, повзання мурашок, печіння, свербіння.

Люмбаго. Одним із найбільш частих проявів болю в попереку є люмбаго – «простріл». Частіше він виникає в осіб, зайнятих важкою фізичною працею, особливо при поєднанні перенапруження поперекових м'язів і переохолодження. Болі, як правило, тривають кілька днів, але іноді 2 – 3 тижні.

Поперековий остеохондроз. Зміни у хребті та в його сполучному апараті часто призводять до остеохондрозу – стану, що викликає характерний біль. До екзогенних (зовнішніх) причин таких змін відносять: несприятливі умови праці (висока вологість, різкі коливання температури, протяги); значне і тривале напруження м'язів і кістково-зв'язкового апарату попереково-крижового відділу хребта, хронічні інфекції, механічні травми.

Болі при остеохондрозі пояснюються подразненням нервових корінців і рецепторів (чутливих нервових закінчень) хребта і його сполучного апарату остеофітами (кістковими виростами) або видавленими фрагментами міжхребцевих дисків, що відіграють роль амортизуючої прокладки. Ці зміни відзначаються у 1/3 пацієнтів, які мають поперекові болі. При формуванні грижі диска створюються умови для здавлення і утиску нервових корінців. Розвиваються болі за типом попереково-крижового радикуліту.

Біль у спині найчастіше викликаний дегенеративними змінами хряща міжхребцевого диска і реактивними змінами з боку тіл суміжних хребців (остеохондроз хребта).

Ураження міжхребцевого диска виникає внаслідок його повторних травм (піднімання важких предметів, постійне статичне й динамічне навантаження, падіння та ін.) і вікових дегенеративних змін. Крім компресійних синдромів, можливі рефлекторні (м'язово-тонічний біль), які обумовлені виникненням імпульсів, що виходять з рецепторів у відповідь на зміни в дисках, зв'язках і суглобах хребта. Рефлекторні синдроми, обумовлені остеохондрозом хребта, виникають протягом життя майже у кожній людини, компресійні – значно рідше. Рефлек-

торне напруження м'язів спочатку має захисний характер, оскільки приводить до іммобілізації ураженого сегмента, однак надалі стає фактором, що «підтримує» біль.

Таким чином, м'яз що спазмується стає джерелом додаткової імпульсації у клітинах задніх рогів спинного мозку. Посилений потік больової імпульсації відповідно підвищує активність передніх рогів спинного мозку, що веде до ще більш вираженого спазму м'язів. Виникає «замкнуте коло»: біль – спазм м'язів – біль. Усе це ускладнює діагностику і терапію больового синдрому.

Міозит поперекових м'язів (запальний процес) – часта причина поперекового болю. Захворювання характеризується тривалим перебігом. Болі в поперекових м'язах не такі інтенсивні, як при люмбаго, переважно ниючі. М'язи ущільнені, болючі при обмацуванні і розтягненні. У хворих із хронічними інфекціями та порушеннями обміну речовин міозит поперекових м'язів може поєднуватися з болями в суглобах. Необхідно зазначити, що при тривалих інтенсивних болях у спині необхідне всебічне медичне обстеження.

До основних «загрозливих» симптомів при скаргах на біль у спині, що вимагають звернення до лікаря, відносяться:

- до болю у спині приєднується оніміння (порушення чутливості) однієї або обох нижніх кінцівок, ослаблення їх м'язової сили;
- гострий біль у спині розвивається на фоні підвищеної температури тіла;
- гострий біль у спині супроводжується порушеннями сечовипускання.

На сьогодні для лікування болю у спині, пов'язаного з дистрофічними змінами хребта (остеохондроз), використовують повільно діючі симптом-модифікуючі препарати – лікарські засоби, що цілеспрямовано впливають на метаболізм хрящової тканини, збільшуючи її резистентність до дії ферментів катаболізму. Завдяки біохімічній спорідненості з ГАГ хряща вони входять до складу матриксу суглобового хряща, стимулюючи синтез протеогліканів, колагену і компонентів синовіальної рідини, зменшують деградацію матриксу за рахунок зниження активності лізосомальних ферментів і рівня вільних радикалів, стимулюючи анаболічні процеси в хондроцитах, і створюють умови для відновлення хряща.

У підгострий період використовується вітамініотерапія: мільгамма, вітаміни групи В, С. Вітаміни групи В у лікувальних дозах виявляють певні аналгетичні властивості. У цьому плані на першому місці стоїть вітамін В₁₂, потім В₆ і В₁. Комплекс (В₁, В₆, В₁₂) володіє більш вираженою знеболювальною дією, ніж монотерапія ними.

При лікуванні гострого болю у спині комбінація вітамінів групи В з НПЗП більш ефективна і безпечна, ніж монотерапія НПЗП. Вітаміни групи В посилюють аналгезію при одночасному їх застосуванні з деякими препаратами з групи НПЗП. При комбінації НПЗП з вітамінами групи В можна знизити дозу НПЗП [6].

У даний час при болях у спині застосовується курс терапії препаратом Мільгамма (розчин для ін'єкцій, таблетки в/о). Ін'єкційний препарат містить великі дози нейротропних вітамінів групи В: тіамін 100 мг, піридоксин 100 мг і ціанокобаламін 1000 мкг. Наявність лідокаїну сприяє зниженню больових відчуттів при проведенні ін'єкцій, що значно підвищує прихильність пацієнта до лікування.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

При проведенні дослідження нами було сформовано основні принципи здійснення фармацевтичної опіки відвідувачів аптек при лікуванні болю в спині.

- Використовувати зручне ліжко з пружним і жорстким матрацом.
- Дотримуватись правильної постави при ходьбі. Правильній поставі сприяє плавання, виконання спеціальних вправ для постави.
- Дотримуватись правильної пози при роботі за столом і за комп'ютером. Передпліччя повинні повністю лежати на столі, використовувати стілець із спинкою, підголівником і підлокітниками для відпочинку і розслаблення по 1 хвилині кожні півгодини.
- Рекомендоване носіння ортопедичного взуття або супінаторів при плоскостопості, а також корсетів, напівкорсетів, бандажа тощо.
- Уникати тривалого перебування в одній позі за комп'ютером, кермом автомобіля. По можливості кожні півгодини треба потягнутися, розім'ятися, походити.
- При надлишковій масі тіла проводити заходи, спрямовані на її зниження.
- Зміцнювати м'язовий корсет за допомогою лікувальної фізкультури, плавання, занять у тренажерному залі.
- Не піднімати і не переносити важких предметів. При перенесенні вантажів необхідно розподіляти вагу рівномірно на обидві руки. Не нахилятися, а присідати, якщо необхідно підняти щось з підлоги.
- При появі болю у спині першим кроком терапії є використання засобів для місцевого застосування (мазі, гелі, креми, розтирки, бальзами).

- Не слід наносити мазі (гелі) на велику поверхню або товстим шаром (можливий розвиток побічних ефектів, характерних для пероральних форм, явища передозування).
- Перевагами гелевих форм НПЗП є пролонгована дія, можливість застосування на ніч, добра фіксація і легке видалення з поверхні шкіри. При потрапленні на одяг гель легко змивається водою, не залишаючи слідів.
- Вміст у складі допоміжних речовин гелів різних спиртів забезпечує відволікаючу дію за рахунок їх швидкого випарення з поверхні шкіри.
- При використанні препаратів НПЗП для місцевого застосування слід уникати їх потраплення на ушкоджені ділянки шкіри, відкриті рани, на слизові оболонки і в очі.
- При розвитку явищ непереносимості (підвищеної чутливості) слід негайно змити мазь/гель теплою водою.
- Під час чергового накладення мазі, гелю залишки попереднього треба видалити ватним тампоном зі спиртом і через 15 – 30 хв. накласти новий шар.
- При травмі в гострий період мазь/гель накладати на шкіру, а не втирати.
- Слід дотримуватися обережності при призначенні лікарських форм НПЗП системної дії пацієнтам з указанням в анамнезі на виразку шлунка або дванадцятипалої кишки, з порушеннями функції печінки і/або нирок, з вираженими порушеннями функції кровотворення, з бронхіальною астмою і пацієнтам з указанням в анамнезі на алергічні реакції.
- НПЗП місцевої дії є препаратами вибору для пацієнтів з виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки, людей літнього віку.
- Гелеві форми НПЗП слід зберігати при температурі не вище 25 °С і суворо дотримуватися терміну зберігання, зазначеного в інструкції, через високу ймовірність розшарування на високомолекулярні сполуки і водну фазу.
- Засоби патогенетичної терапії – міорелаксанти – призначаються після консультації з лікарем.
- Рациональним є поєднане призначення міорелаксантів з препаратами групи НПЗП.
- Під час лікування міорелаксантами не рекомендовано керувати транспортними засобами і потенційно небезпечними механізмами, тому що ці препарати викликають сонливість.

- Вітаміни групи В чинять помірну аналгетичну дію, отже можуть бути включені у схеми комплексної терапії пацієнтів з болем у спині.
- При одночасному введенні різних вітамінів з групи В (В1, В6, В12) відзначається ефект синергізму.
- Вітаміни групи В посилюють анальгезуючий ефект при одночасному їх застосуванні з низкою препаратів із групи НПЗП, що дозволяє знизити дозу останніх.
- Застосування високих доз вітамінів групи В може викликати розвиток диспептичних явищ внаслідок підвищення кислотоутворюючої та секреторної функції шлунка.
- Для лікування болю у спині, пов'язаного з дистрофічними змінами хребта (остеохондроз), використовують повільно діючі симптоматичні препарати (засоби на основі сполук глюкозаміну, хондроїтину сульфату та ін.).
- Рекомендований курс лікування препаратами симптоматичної дії складає в середньому 4 – 6 тижнів.
- Одночасне застосування НПЗП з повільно діючими симптоматичними препаратами дозволяє знизити дозу НПЗП і зберігати належний рівень активності.
- Якщо через 3 дні вираженість больового синдрому не зменшується (або посилюється), необхідно звернутися до лікаря.

ВИСНОВКИ

Таким чином, надання фармацевтичної опіки – є одною з найголовніших функцій провізора. Належна фармацевтична опіка повинна складатися зі збору інформації щодо стану відвідувача аптеки, диференціювання можливих симптомів на «загрозливі» та такі що можуть усунути безрецептурними препаратами. Рекомендації щодо немедикаментозного лікування та надання інформації про засіб, що відпускається.

Звертаючи увагу на велику кількість звернень до аптек пацієнтів зі скаргами на біль у спині, провізор повинен володіти основним принципами фармацевтичної опіки саме при цьому стані.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Астахова А.В. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности / А.В. Астахова, В.К. Лепахин. – 2-е изд., испр. И доп. – М. : Эксмо, 2008. – 256 с.
2. Белоусов Ю.Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия / Ю.Б. Белоусов, В.С. Моисеев,

- В. К. Лепахин. – М. : Универсум паблішинг, 2000. – 531 с.
3. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины : пер. с англ. / Т. Гринхальх. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.
4. Державний формуляр лікарських засобів / М-во охорони здоров'я України, Центр. формуляр. комітет, Держ. експерт. центр. – К., 2010. – Вип. 3. – 850 с.
5. Клінічна фармакологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. У 2 т. / С.В. Нальотов, І.А. Зупанець, Т.Д. Бахтеева та ін. ; за ред. І.А. Зупанця. – Х. : Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2007. – Т. 1. – 348 с.; Т.2. – 312 с.
6. Протоколи провізора (фармацевта) розроб. : В.П. Черних, І.А. Зупанець, О.О. Нагорна та ін. за ред. В.П. Черних, І.А. Зупанця, О.М. Ліщишиної. – Харків : Золоті сторінки, 2014. – 232 с.
7. Научные разработки Национального фармацевтического университета. Лекарственные средства : справочник. 1991–2010 / сост. : С.Н. Коваленко и др. – Харьков : Золотые страницы, 2010. – 284 с.
8. Неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств / А. Б. Зборовский, И. Н. Тюренков, Ю.Б. Белоусов. – М. : ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. – 656 с.
9. Остеоартроз: консервативная терапия : монография / под ред. Н. А. Коржа, Н. В. Дедух, И. А. Зупанца. – Х. : Золотые страницы, 2007. – 424 с.
10. Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение : монография / под ред. Н. А. Коржа, В. В. Поворознюка, Н. В. Дедух, И.А. Зупанца. – Х. : Золотые страницы, 2002. – 648 с.
11. Федина Е.А., Татотченко В.К. Фармацевты и самопомощь / под ред. Э.А. Коржавых. – М. : Классик-Консалтинг, 2000. – 116 с.
12. New Guide to Medicines & Drugs / John A. Henry, Michael Peters, Maja Balic et al. – London : Dorling Kindersley Limited, 2008. – 512 p.
13. Nonprescription drug reference for health professionals / B. Allen, P. Carruthers-Czyzewski, L. Travill [et al.]. – Canada : Canadian pharmaceutical association, 1996. – 792 p.
14. Rutter P. Opieka farmaceutyczna (Objawy, rozpoznanie i leczenie) / P. Rutter. – Wrocław : Wydawnictwo medyczne Urban & Partner, 2004. – 237 s.

УДК: 615.1

Е. А. Андреева

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОПЕКИ

ПОСИТИТЕЛЕЙ АПТЕКИ ПРИ ЖАЛОБАХ НА БОЛЬ В СПИНЕ

Повреждение и заболевание органов опорно-двигательной системы занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости населения большинства европейских стран, в том числе Украины. Особенную актуальность заболевания суставов приобретают в связи с ростом продолжительности жизни человека. В Украине по различным причинам за последние годы увеличилась частота травм опорно-двигательного аппарата, вырос удельный вес инвалидности от травм. Знание подходов к симптоматическому и патогенетическому лечению пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата является важным элементом деятельности современного провизора.

Ключевые слова: заболевания органов опорно-двигательной системы, фармацевтическая опека.

UDK: 615.1

O. O. Andrieieva

QUALITY ASSURANCE OF PHARMACEUTICAL CARE OF

PHARMACY VISITORS WITH BACKPAIN

A damage and disease of organs of the опорно-рухової system occupy one of leading places in the structure of general morbidity of population of the most European countries, including. Ukraine. The special actuality of disease of joints is acquired in connection with an increase to life-span of man. In Ukraine for diverse reasons frequency of traumas of locomotorium increased in the last few years, specific gravity of disability grew from traumas. Knowledge of going near symptomatic and nosotropic treatment of patients with the diseases of locomotorium is the important element of activity of modern pharmacist.

Key words: locomotor system diseases, pharmaceutical care

Адреса для листування:

61057 м. Харків, ул. Пушкінська, 27

Кафедра клінічної фармакології

та клінічної фармації НФаУ

Тел. (057) 706-30-72

E-mail: Olena04@ukr.net

Надійшла до редакції:

12.09.2014