

УДК 615.1:614.253.8

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н. Д. Черешнева¹, А. В. Смирнов¹, А. В. Солонинина^{2}*

¹Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, г. Йошкар-Ола,

²Пермская государственная фармацевтическая академия, г. Пермь, Россия

MEDICAMENTOUS THERAPY OF GERIATRIC PATIENTS BY MEANS OF MOBILE EMERGENCY TEAMS

N. D. Cheresbneva¹, A. V. Smirnov¹, A. V. Soloninina^{2}*

¹Republican Clinical Hospital of War Veterans, Ioshkar-Ola,

²Perm State Pharmaceutical Academy, Perm, Russian Federation

Цель. Разработать предложения по оптимизации лекарственной помощи пожилым пациентам на до-госпитальном этапе.

Материалы и методы. Проведен анализ причин вызовов и назначений лекарственных препаратов пожилым больным бригадами скорой медицинской помощи на основе карточек вызовов скорой медицинской помощи 153 пациентов в возрасте 60 лет и старше.

Результаты. Анализ структуры основных диагнозов по кодам МКБ-10 показал, что наибольший удельный вес имеют болезни системы кровообращения. Симптомами, ставшими причиной вызова скорой помощи, стали боль в груди (сердце), высокое давление, боль в животе. Наибольшее число назначений лекарственных препаратов приходится на группы «Нервная система» и «Сердечно-сосудистая система». Лидерами по числу назначений стали препараты: кеторолак, глицин, дексаметазон, дифенгидрамин, каптоприл, нитроглицерин, метамизол натрия, при этом 8,1 % всех назначений не входят в перечень укладки скорой медицинской помощи. Анализ инструкций по применению препаратов, не вошедших в состав упаковок, показал, что препараты бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, ландыша листьев гликозид, бисопролол, метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин, мебеверин, строфантин можно рекомендовать для включения в комплекты укладки скорой медицинской помощи.

Выводы. Исследования подтвердили необходимость корректировки перечня лекарственной помощи для оказания скорой медицинской помощи гражданам пожилого возраста.

Ключевые слова. Пожилой пациент, лекарственные препараты, лекарственное обеспечение, скорая медицинская помощь.

Aim. To develop the proposals regarding optimization of medicamentous aid to aged patients at the prehospital stage.

Materials and methods. The reasons for calling a doctor and administration of drugs to aged patients by emergency teams were analyzed. For this purpose, cards of emergency calls belonging to 153 patients [aged] 60 and older were used.

© Черешнева Н. Д., Смирнов А. В., Солонинина А. В., 2015

e-mail: soloninina@mail.ru

тел. 8 (342) 233 53 79

[Черешнева Н. Д. – кандидат фармацевтических наук, заведующая отделом аптеки; Смирнов А. В. – кандидат медицинских наук, главный врач; Солонинина А. В. (*контактное лицо) – доктор фармацевтических наук, профессор, заведующая кафедрой управления и экономики фармации].

Results. Analysis of the structure of basic diagnoses by MKB-10 codes showed that the diseases of circulation system are prevailing. The symptoms, causing emergency calling were chest (heart) pains, high pressure, stomach-ache. The greatest number of drugs prescribed falls at “nervous system” and “cardiovascular system”. The following drugs became the leaders by the number of administrations: ketorolac, glycine, dexamethasone, diphenhydramine, captopril, nitroglycerin, sodium metamizol; 8,1 % of drugs are not included into the complex of remedies for emergency ambulance. Analysis of application instructions for the drugs not included into the complex of remedies indicated that such drugs as bromdihydrochlorophenilbenzodiazepine, lily-of-the-valley leaves glycoside, bisoprolol, methionil-glutamyl-hystidil-phenylalanile-prolyl-glycyl-proline, mebeverine, strophanthine can be recommended for inclusion into the complex of remedies for emergency teams.

Conclusions. The studies proved the necessity of correcting the drug list for rendering emergency medical aid to aged persons.

Key words. Aged patient, drugs, drug provision, emergency.

ВВЕДЕНИЕ

Старение населения сегодня затрагивает все страны мира. По прогнозам ООН, к 2025 г. общее число жителей в возрасте 60 лет и старше достигнет более 1,1 млрд чел. Самыми быстрыми темпами будет расти число лиц в возрасте 80 лет и старше: с 13 млн человек в 1950 г. до 137 млн человек к 2025 г. [1]. Население старшей возрастной группы страдает множеством тяжелых хронических заболеваний, протекающих на фоне снижения компенсаторных возможностей организма пожилого человека. Уровень заболеваемости у пожилых (60–74 года) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) – в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста [2].

Качество жизни пожилых людей, многие из которых имеют проблемы со здоровьем, обуславливающие применение лекарственных препаратов, в значительной степени зависит от организации лекарственного обеспечения [8]. Вопрос об оптимизации организации медицинской и лекарственной помощи пожилым пациентам в настоящее время является одним из принципиальных вопросов, стоящих перед здравоохранением. Это связано с процессом старения населения страны, что приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует проведения структурных преобразований в здравоохранении, на-

правленных на увеличение объемов и доступности медицинской и лекарственной помощи пожилым гражданам для повышения качества их жизни.

Одним из видов оказания медицинской помощи пожилым является скорая помощь. Показатель обращаемости больных пожилого возраста к службе скорой медицинской помощи превышает в 4–5 раз планово-нормативный (315 вызовов в год на 1000 населения). С медико-биологической точки зрения, обращаемость больных к службе скорой медицинской помощи (СМП) можно считать объективным индикатором состояния здоровья [5].

Основной причиной обращаемости населения пожилого возраста к скорой медицинской помощи являются в большей степени психологические проблемы и необходимость общения, т.е. СМП является фактором психологической поддержки для пожилого человека. Наиболее распространенными психологическими проблемами населения старших возрастов являются тревожные и панические расстройства; невроз тревоги, фобии; стрессовые ситуации; невроз навязчивых состояний; аффективные расстройства; хронические заболевания [6].

Вместе с тем патология у лиц преклонного возраста нередко приводит к состояниям, требующим необходимых мероприятий на догоспитальном этапе, что поднимает вопрос о совершенствовании, в частности,

службы скорой медицинской помощи, во многих случаях являющейся для пожилого населения альтернативой первичной медико-санитарной помощи. Известно, что постарение населения, сопровождающееся ухудшением здоровья людей старшего возраста, приводит к увеличению числа вызовов СМП. В этой связи изучение влияния процесса старения населения на объемы и структуру скорой медицинской помощи, предоставляемой населению старших возрастных групп, приобретает особое значение в современных условиях функционирования отрасли [4].

Цель работы – на основе анализа медикаментозной помощи, оказанной пожилым больным врачами и фельдшерами бригад скорой медицинской помощи, разработать предложения по оптимизации лекарственной помощи пожилым пациентам на догоспитальном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн». Для анализа использовали карточки вызовов скорой медицинской помощи 153 пациентов в возрасте 60 лет и старше.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ показал, что за скорой медицинской помощью обратились 64 мужчины (41,8 %) и 89 женщин (58,2 %), средний возраст которых составил $84,3 \pm 4,26$ г. Преобладали (40,5 %) пациенты в возрастной группе от 81 до 85 лет. Второе место занимают больные в возрасте от 86 лет и старше (39,2 %). Наименьшее количество вызовов зарегистрировано к пациентам в возрасте от 60 до 70 лет (2 %).

Проанализировав данные о симптомах, которые стали причиной вызова скорой по-

мощи, выяснили, что преобладают выезды к пациентам с болями в груди (сердце) – 28 больных (18,3 %), с высоким давлением (15,7 %), болью в животе (11,1 %). Высокий процент приходится на жалобы «плохо» (10,5 %), «головная боль» (8,5 %), «боль в конечностях, спине» и «трудно дышать» (по 7,8 %).

Реже встречались вызовы с жалобами на симптомы: высокая температура, беспокойство, возбуждение, низкое артериальное давление (АД), обострение хронического заболевания, головокружение, другие симптомы (потеря сознания, бессонница, задержка мочи, отек губы). Исследование показало, что в 45,8 % случаев причиной вызова скорой помощи стала боль различной локализации.

На следующем этапе были изучены диагнозы, выставленные в картах вызовов скорой медицинской помощи (по кодам МКБ-10). При анализе установлено, что наибольший удельный вес занимают вызовы, связанные с болезнями системы кровообращения (56,9 %), на втором месте – с болезнями органов дыхания (12,4 %), на третьем – с болезнями органов пищеварения (10,5 %), на четвертом – вызовы, отнесенные к группе «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (6,5 %). Вызовы скорой помощи, отнесенные к группам «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин», занимают 4,6 %, «Злокачественные новообразования» – 3,3 %, «Психические расстройства и расстройства поведения» и «Болезни кожи и подкожной клетчатки» – 2,6 и 1,3 % соответственно, остальные группы занимают менее 1 %.

При рассмотрении структуры основных диагнозов (в разрезе нозологических форм заболеваний) установлено, что 29 больным (19,0 %) выставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца». Большой удельный вес занимают артериальная гипертензия и цереброваскулярное заболевание (ЦВЗ) – по 16,3 % (по 25 человек). На хроническую обструктивную болезнь легких приходится 7,2 % (11 больных),

на остеохондроз – 4,6 %, дисциркуляторная энцефалопатия занимает 3,9 %. Также выделены как основные диагнозы: злокачественные новообразования, острая респираторно-вирусная инфекция, холецистит, закрытый перелом, хронический гастрит, артроз и другие (бронхиальная астма, гипогликемия, вывих, острая задержка мочи, коматозное состояние, острая задержка мочи, острая кишечная непроходимость, тромбоз вен сосудов правой голени, хронический цистит, астеноневротическое состояние, асцит).

Изучение применения лекарственных препаратов показало, что наибольшее число

международных непатентованных наименований лекарственных препаратов (МНН ЛП) приходится на препараты группы анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации «Сердечно-сосудистая система» – 18 МНН (36 %) по 23 торговым наименованиям (ТН) ЛП (табл. 1). Лидером среди МНН ЛП этой группы по числу назначений стали каптоприл (24,7 %), нитроглицерин (23,3 %), метопролол (13,7 %) и фуросемид (9,6 %). Остальные 14 МНН ЛП назначались в единичных случаях (от 1 до 3 раз), и доля их назначений составила менее 5 %.

Таблица 1

Структура применения лекарственных препаратов при оказании скорой медицинской помощи

Код АТХ	Лекарственные средства первого уровня АТХ-классификации	МНН	%	ТН	%	Число назначений	%
C	Сердечно-сосудистая система	18	36,0	23	39,7	73	22,8
N	Нервная система	13	26,0	14	24,1	90	28,1
A	Пищеварительный тракт и обмен веществ	7	14,0	8	13,8	21	6,6
B	Кроветворение и кровь	5	10,0	5	8,6	21	6,6
R	Дыхательная система	4	8,0	4	6,9	24	7,5
M	Костно-мышечная система	1	2,0	2	3,4	53	16,6
H	Гормоны для системного применения (исключая половые гормоны и инсулины)	1	2,0	1	1,7	22	6,9
V	Прочие препараты	1	2,0	1	1,7	16	5,0
Всего		50	100,0	58	100,0	320	100,0

Второе место по числу МНН занимают ЛП из группы «Нервная система» – 13 МНН (26 %) по 14 ТН ЛП. При этом препараты данной группы занимают лидирующее положение по числу назначений (28,1 %). Наиболее часто назначались в данной группе глицин (36 больным, что составило 40 %), метамизол натрия (16 больным, 17,8 %), ацетилсалициловая кислота (15 больным, 16,7 %) и кофеин (6 больным, 6,7 %). Остальные 9 МНН ЛП назначались в единичных случаях (от 1 до 4 раз, что составило от 1,1 до 4,4 %).

В целом при оказании неотложной помощи пожилым больным бригадами скорой

медицинской помощи наиболее часто назначался кеторолак (53 случая), что составило 16,6 % от общего числа назначений ЛП и 100 % в группе «Костно-мышечная система» (1 МНН). Также значительную долю от общего числа назначений занимают глицин (11,3 %), дексаметазон (6,9 %), дифенгидрамин (димедрол) и каптоприл (по 5,6 %), нитроглицерин (5,3 %), метамизол натрия и натрия хлорид (по 5 %) и ацетилсалициловая кислота (4,7 %).

Для разработки методологических подходов по оказанию лекарственной помощи пожилым людям бригадами скорой медицинской

помощи нами проанализированы назначения лекарственных препаратов в соответствии с требованиями к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки общепрофильной для оказания скорой медицинской помощи [3].

Исследование показало, что 8,1 % всех назначений и 30,8 % всех МНН ЛП не входят в перечень укладки СМП. При этом наибольшее

число назначений приходится на бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (1,3 % от общего числа и 15,4 % в группе), ландыша листьев гликозид (0,9 % от общего числа и 11,5 % в группе), аскорбиновую кислоту, ацетилсалициловую кислоту + магния гидроксид, бисопролол, метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин и пирацетам (по 0,6 % от общего числа и по 7,7 % в группе) (табл. 2).

Таблица 2

Лекарственные препараты, не вошедшие в «Требования к комплектации лекарственными препаратами укладки для оказания скорой медицинской помощи»

№ п/п	МНН	ТН	Число случаев применения	Доля от общего числа назначений, %	Доля в группе, %
1	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин	«Феназепам»	4	1,3	15,4
2	Ландыша листьев гликозид	«Коргликон»	3	0,9	11,5
3	Аскорбиновая кислота	«Аскорбиновая кислота»	2	0,6	7,7
4	Ацетилсалициловая кислота + магния гидроксид	«Кардиомагнил»	2	0,6	7,7
5	Бисопролол	«Конкор»	2	0,6	7,7
6	Метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин	«Семакс»	2	0,6	7,7
7	Пирацетам	«Пирацетам»	2	0,6	7,7
8	Амлодипин	«Амлодипин»	1	0,3	3,8
9	Гидрохлоротиазид + дигидралазин + резерпин	«Адельфан»	1	0,3	3,8
10	Глицерол	«Глицерин»	1	0,3	3,8
11	Индапамид	«Индап»	1	0,3	3,8
12	Лозартан	«Лозап»	1	0,3	3,8
13	Мебеверин	«Дюспаталин»	1	0,3	3,8
14	Мяты перечной листьев масло + фенобарбитал + этилбромизовалерианат	«Корвалол»	1	0,3	3,8
15	Омеспразол	«Омеспразол»	1	0,3	3,8
16	Строфантин	«Строфантин»	1	0,3	3,8
Всего			26	8,1	100,0

На следующем этапе мы проанализировали инструкции к лекарственным препаратам, не вошедшим в состав укладки СМП. Для купирования неотложных состояний показаны только 6 препаратов (37,5 %) из 16: *бромдигидрохлорфенилбензодиазепин* (психопатические состояния, реактивные психозы; эпилепсия), *ландыша листьев гликозид* (в составе комплексной терапии хронической сердечной

недостаточности, мерцание и трепетание предсердий), *бисопролол* (артериальная гипертензия; ИБС; хроническая сердечная недостаточность), *метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин* (состояния после черепно-мозговой травмы, переходящие нарушения мозгового кровообращения), *мебеверин* (симптоматическое лечение боли, спазмов, дисфункции и дискомфорта

в области кишечника, связанных с синдромом раздраженного кишечника), *строфантин* (мерцательная тахикардия, трепетание предсердий, пароксизмальная тахикардия, острая сердечная недостаточность). Эти препараты можно рекомендовать для включения в комплекты укладки СМП.

Следует подчеркнуть, что лекарственные препараты, назначенные пожилым лю-

дям без учета особенностей гериатрической фармакотерапии, могут причинить больший вред, чем сама болезнь, для лечения которой их применяют. Для принятия решения о включении ЛП в перечни для использования бригадами СМП нами разработан алгоритм поэтапного рассмотрения ЛП, согласно которому формируются базовый и дополнительный перечни ЛП (рисунок).



Рис. Алгоритм включения лекарственных препаратов в перечень для использования бригадами СМП с целью купирования неотложных состояний пожилых

Выводы

Проведенное исследование показало, что наиболее частой причиной вызова СМП к пожилым больным стали боли в груди и высокое АД, соответственно, наибольший удельный вес в структуре диагнозов имеют

болезни системы кровообращения (56,9 %). Наибольшее число МНН ЛП приходится на препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы – 18 МНН (36 %). Установлено, что 8,1 % всех назначений и 30,8 % всех МНН ЛП не входят в перечень укладки СМП. Анализ инструкций к лекарст-

венным препаратам, не вошедшим в состав укладки СПМ, показал, что ряд препаратов показаны пожилым больным для купирования неотложных состояний. Исследования подтвердили необходимость корректировки перечня ЛП для оказания скорой медицинской помощи гражданам пожилого возраста.

Таким образом, рациональное использование лекарственных препаратов при оказании скорой медицинской помощи гражданам пожилого возраста будет способствовать не только устранению симптомов, явившихся причиной вызова скорой медицинской помощи, но и повышению качества жизни.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Лазебник Л. Б. Необходимость создания гериатрической службы в структуре органов здравоохранения. Клиническая геронтология 2002; 9–10: 89–104.
2. Медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение лиц пожилого и старческого возраста в Республике Татарстан: информ. материалы. М-во здравоохранения Респ. Татарстан; сост. Н. И. Галиуллин, А. К. Розенцвейг, Ф. Ф. Яркаева, В. Г. Шерпутовский. Казань: Медицина 2002; 24.
3. Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 августа 2013 г. № 549н.
4. Пономарева А. В. Проблемы оказания скорой медицинской помощи лицам старших возрастных групп. Материалы Всероссийской 65-й итоговой студенческой конференции им. Н. И. Пирогова, Томск, 26–28 апреля 2006 г. Под ред. В. В. Новицкого, Л. М. Огородовой. Томск: Сибирский государственный медицинский университет 2006; 451.
5. Салеев В. Б. Факторы, влияющие на обращаемость пожилых больных с заболеваниями органов кровообращения к скорой медицинской помощи. Материалы первого всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи. М. 2005; 83–84.
6. Салеев В. Б. Влияние пола, возраста, особенностей психологии на обращаемость ИОВ к скорой медицинской помощи. Материалы всероссийского научного форума «Скорая помощь 2006», Москва, 31 октября – 3 ноября 2006. М. 2006; 70–71.
7. Черешнева Н. Д., Смирнов А. В., Азин А. Л., Солонина А. В., Одегова Т. Ф. Организация лекарственной помощи лицам старшего возраста. Клиническая геронтология 2011; 11–12: 115–116.
8. Черешнева Н. Д., Смирнов А. В., Солонина А. В., Одегова Т. Ф. Оптимизация лекарственной помощи пациентам пожилого возраста на основе оценки качества жизни. Современные проблемы науки и образования 2014; 3.

Материал поступил в редакцию 29.09.2015