

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРЕГЛЕД НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при преглед на употребата на лекови кај постарите лица.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при преглед на употребата на лекови кај постарите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при преглед на употребата на лекови кај постарите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при преглед на употребата на лекови кај постари пациенти („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

#### **Член 5**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2445/1  
27 февруари 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ПРЕГЛЕД НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ

МЗД Упатство  
26.2.2014 • Последна промена 26.2.2014  
Minna Raivio

- Основи
- Проценка на актуелните медикаменти
- Како да се редуцира полифармацијата
- Медикаменти кои се несоодветни или неефикасни кај постари лица
- Недоволна употреба на медикаменти
- Како да се промовира безбедна употреба на медикаменти
- Поврзани извори
- Референци

### ОСНОВИ

- Прегледот на употребата на медикаменти е почетната точка за сеопфатна рехабилитација на постарото лице со цел да се поддржи физичкиот или психичкиот функционален капацитет.
- Постарите пациенти почитуваат јасна дијагноза и пристап каде што лекарот ги сослушува и дискутира за состојбата пред да започне или пак да ги редуцира медикаментит - ова, исто така, ќе ја подобри согласноста на пациентот. Унапредувањето на квалитетот на живот како цел на медијацијата е акцентирани кај постарите пациенти.
- Проблемите на кои се наидува вклучуваат и недоволна употреба на лекови, која често е асоцирана со непоставување на дијагноза (на пр. деменција, срцева болест, профилакса на болести, болка), како и со несоодветна примена на лекови (терапија без јасна индикација, или лек за кој ризикот од несакани ефектни го надвладува клиничкиот бенефит).
- Мора да се има на ум дека некои од симптомите на пациентот може да не се должат на болест, туку се несакани ефекти од лекот.
- Некои лекови може често да предизвикуваат несакани ефекти кај постари пациенти (на пр. Бензодиазепини со долготрајно дејство, антипсихотични лекови, антихолинергични лекови, орални антидијабетици и антиинфламаторни аналгетици).
- Треба да се запомни можноста за дехидратација и недоволна ухранетост и кај пациентите кои живеат дома и кај оние кои живеат во центри за нега. Доволниот внес на протеини со храната е од особено значење за метаболизмот на лекот. Протеинската малнутриција и витаминските дефицити лесно и суптилно се развиваат кај постарите лица.

### ПРОЦЕНКА НА АКТУЕЛНИТЕ МЕДИКАМЕНТИ

- Да се праша пациентот за секој лек на рецепт или без рецепт што го прима (вклучувајќи нестероидни антиинфламаторни лекови - NSAIDs, дерматолошки производи, витамини, природни лекови и капки за очи). Доколку е неопходно, информацијата може да се обезбеди од член на семејството или од негувател.
- Да се праша пациентот дали е способен да го зема лекот или да запомни да го зема секој поединечен лек.
- Домашна посета, вклучувајќи проценка на лековите што пациентот ги чува дома, може да ја разјасни ситуацијата.
- Слабото придржување во земањето лекови може да се должи на полифармацијата, несаканите ефекти, комплексноста на медијацијата (неколку дози дневно, различни методи

на администрација), слаб вид, нарушена меморија или недостиг на вештина потребна за да се отворат кутиите со лекови.

### **КАКО ДА СЕ ПРОЦЕНИ КОЈ ЛЕК Е ПОТРЕБЕН**

- Постариот пациент ќе има бенефит од прецизната дијагноза ако суспектната болест е таква што е достапен лечебниот третман или третманот кој ја подобрува состојбата на пациентот. Во најголемиот број случаи симптомите не се должат на староста. Како и да е, пациентот ќе разбере дека е невозможно да се лекуваат сите состојби на кои се жали.
- Треба да се процени значајноста на симптомите, на пр. дали лекот и неговите можни несакани ефекти предизвикуваат повеќе непријатност отколку самите симптоми?
- Треба да се земат во предвид сите аспекти поврзани со медикацијата, вклучително меморија, придржување, зависност од лекови, навика на исхрана, внесување течности, малапсорпција, функцијата на црниот дроб и на бубрезите.
- Дозата за постари пациенти е вообичаено половина од таа за средновеќни лица, особено ако се однесува на психијатриска медикација.
- Лекувањето секогаш треба да почне со најниската можна доза и пациентот мора да се мониторира и за дејството на лекот и за било кои несакани ефекти. Сите покачувања на дозите мора да бидат постепени. Новите знаци и симптоми треба да се сметаат како можни несакани ефекти, додека не се покаже спротивното.
- Медикацијата на пациентот треба да се менаџира севкупно и да се имаат на ум интеракциите меѓу различните медикаменти. Исто така обрнете внимание на диетата и на можната прикриена консумација на алкохол.
- Секундарната превенција има голема важност кај постарите лица. Исто така постои доказ од истражување за бенефитите од примарната превенција која се однесува во најмал степен на витамин Д, фармакотерапија за хипертензија, вакцинации и физичка активност.
  - Кога се проценуваат прогностичките студии треба да се има на ум дека како резултат на методолошки причини често е многу тешко да се направи истражување меѓу постарите лица со коморбидитети. Отсуството на докази од истражување не значи неопходно отсуство на бенефит.

### **КАКО ДА СЕ РЕДУЦИРА ПОЛИФАРМАЦИЈАТА**

- Пациентот и/или член на семејството или негувателот треба да бидат информирани за сите можни несакани ефекти.
- Да се праша пациентот дали има чувство дека повлекувањето на некој медикамент може да направи проблем. Да се дискутира колку (физички или психолошки) пациентот е зависен од лекот.
- Доколку се договори редуцирање, треба да се закаже преглед (телефонски) за следење со цел да се засили чувството на сигурност кај пациентот.
- Доколку пациентот има сериозни симптоми или случајот не е јасен, редуцирањето на полифармацијата може исто така да се спроведе во болница.
- Како и да е, во праксата е тешко да се редуцира постоечката терапија кај постарите пациенти и доказите за успешна редукција се сиромашни (ннд-С). Не се покажало дека прегледот на медикацијата влијае на морталитетот, но сепак може да ги редуцира контактите со одделот за итна помош (ннд-В).

### **МЕДИКАМЕНТИ КОИ СЕ НЕСООДВЕТНИ ИЛИ НЕЕФИКАСНИ КАЈ ПОСТАРИ ЛИЦА**

- Во 1997 г. и 2003 г., панел на експерти од САД конципираа листа на лекови кои се потенцијално несоодветни за постари лица. Исто така, публикувана е соодветна европска листа која ги зема во предвид разликите во здравствените системи и во пазарите на лекови меѓу САД и Европа.

- **Трициклични антидепресиви** (amitriptyline, doxepin): значителни антихолинергични својства, може да предизвикаат конфузија, нарушување на меморијата, уринарна ретенција, констипација и влошување на глаукомот.
- **Fluoxetine**: несоодветен SSRI лек (селективен инхибитор на повторното преземање на серотонин) поради ризикот од интеракција.
- **Бензодијазепини со долготрајно дејство** (diazepam, nitrazepam): се акумулираат во масното ткиво на постарите лица и може да предизвикаат седација или падови.
- **Бензодијазепини со кратко дејство**: дозата треба да биде помалку од половина од нормалната доза.
  - Препорачаната максимална дневна доза на temazepam е 15 mg, на lorazepam 3 mg, oxazepam 60 mg, alprazolam 3 mg, triazolam 0,25 mg и на zolpidem 5 mg (alprazolam, triazolam и zolpidem може да бидат заменети со побезбедна алтернатива, на пр. oxazepam, lorazepam или zopiclone).
- Конвенционалните **антипсихотици** (levomepromazine, perphenazine) имаат позначителни антихолинергични и екстрапирамидни ефекти отколку атипичните антипсихотици. Како и да е, обете групи го зголемуваат вкупниот морталитет, како и ризикот од пневмонија, цереброваскуларни инциденти и кардиоваскуларен морталитет.
- **Dextropropoxyphene**: тесен терапевтски опсег
- **Indometacine**: повисок ризик од несакани ефекти на ЦНС и гастроинтестиналниот тракт отколку другите NSAIDs (нестероидни антиинфламаторни лекови)
- **Meprobamate**: предизвикува седација и е асоциран со ризик за зависност од лекот.
- **Disopyramide**: значајни антихолинергични својства
- **Digoxin**: нужноста треба да се процени повторно. Неговата доза не треба да биде повисока од 0,125 mg.
- **Hydroxyzine, гастроинтестинални антиспазмодици**: значајни антихолинергични својства и често предизвикуваат седација.
- **Деривати на ерготамин**: ефикасноста не е утврдена.
- Медикаментите неопходни за постарите пациенти некогаш може да бидат заменети со друг лек со помалку несакани ефекти, на пример:
  - Бензодијазепините со долготрајно дејство да се заменат со тие со интермедиерно дејство, на пример oxazepam
  - NSAID да се заменат со парацетамол
  - Антихолинергичните трициклични антидепресиви со нови типови антидепресиви
  - Невролептици кои во ниски дози предизвикуваат ригидитет, со атипични антипсихотици
- Несаканите ефекти на еден лек не треба да се лекуваат со друг лек, на пр. ригидитет и тремор индуцирани со антипсихотици не треба да се лекуваат со антипаркинсонични.
  - Да не се користи симптоматска терапија за вртоглавица кај постари пациенти.

### НЕДОВОЛНА УПОТРЕБА НА МЕДИКАМЕНТИ

- Самата напредната возраст никогаш не треба да биде контраиндикација за потенцијално корисен третман - често спротивното е точно!
- Примери за потенцијални подрачја за подобрување:
  - Третманот на коронарна срцева болест и третманот по миокарден инфаркт треба да вклучуваат профилактични лекови засновани на докази, како на пр. статини. Премногу често коронарната срцева болест кај постари пациенти се третира само со симптоматска терапија (нитрати).
  - Болката често е потценета и поради тоа хроничната болка и болката кај пациентите со рак често се несоодветно третирани (ннд-С).
  - Фармакотерапијата за депресија е унапредена, но постои голема потреба за супортивни терапии и групи за поддршка за постари лица особено за да се олесни осаменоста.

- Витаминот Д ја зголемува мускулната сила и ја подобрува рамнотежата и коскената цврстина, но тој лесно се заборава ако докторот активно не го иницира.
- Остеопорозата мора да биде дијагностицирана и третирана.
- Дијагностицирањето на деменцијата е главно со висок стандард, но одложувањето на започнување на инвестирањето може да води кон доцнење во потврдувањето на дијагнозата. Неадекватно следење исто така може да води кон несоодветна медицинација.

### **КАКО ДА СЕ ПРОМОВИРА БЕЗБЕДНА УПОТРЕБА НА МЕДИКАМЕНТИ**

- Доколку пациентот живее сам дома треба да се спроведе годишна ревизија на терапијата. Во институциите за нега, листите на лекови треба да се ревидираат секои три месеци. Особено за антипсихотиците, аналгетиците, гастропротективните лекови и хипнотиците постои тенденција да останат на листата на лекови за пациентот долго време откако состојбата се разрешила.
- Не се колебајте да го користите GFR (стапка на гломеруларна филтрација) калкулаторот и базата на податоци за интеракции меѓу лековите.
- Причина за честите паѓања може да бидат лекови кои го зголемуваат ризикот од паѓање (антипсихотици, бензодиазепини, вазодилататори кои предизвикуваат постурална хипотензија), повеќе отколку некоја болест (на пр. Паркинсонова болест, деменција, нарушувања на сонот). Диеталните дефицити може исто така да водат кон мускулно слабеење и така да го зголемат ризикот од паѓање.
- Пациентите треба да се охрабрат да користат кутии за лекови и интервалот на дозирање треба да биде колку што е можно подолг, дури и ако при тоа мора да се компромитира ефикасноста.
- Пишаната листа на лекови е корисна не само за пациентот, туку и за членовите на семејството и за здравствените работници.
- Ако е потребно, може да се побара ставот на локалните медицински сестри, негувателите или на членовите на семејствата, во однос на актуелната употреба на лекови и нивните можни несакани ефекти.
- Во некои случаи може да е соодветно локалните сестри да ги чуваат лековите кај себе. Како и да е, важно е да не се нарушува независноста на пациентот.
- Мултипрофесионален тим кој вклучува специјалист по геријатрија и фармацевт е ефикасен форум за сеопфатно ревидирање на медицинацијата на постари пациенти.

### **ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

#### **Литература**

#### **Прегледи од клиничка практика**

- Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. *BMJ* 2008 Mar 15;336(7644):606-9. PubMed

#### **Друга литература**

- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003 Dec 8-22;163(22):2716-24. PubMed
- Löppönen, Minna. Elderly patients with dementia in primary health care. A Study of Diagnostic Work-Up, Co-Morbidity and Medication Use. Academic dissertation. University of Turku. 2006
- Raivio MM, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS, Pitkälä KH. Use of inappropriate medications and their prognostic significance among in-hospital and nursing home patients with and without dementia in Finland. *Drugs Aging* 2006;23(4):333-43. PubMed

- Hosia-Randell H, Pitkälä K. Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Drugs Aging* 2005;22(9):793-800. PubMed
- Suominen M, Laine T, Routasalo P, Pitkälä KH, Räsänen L. Nutrient content of served food, nutrient intake and nutritional status of residents with dementia in a Finnish nursing home. *J Nutr Health Aging* 2004;8(4):234-8. PubMed
- Avidan AY, Fries BE, James ML, Szafara KL, Wright GT, Chervin RD. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2005 Jun;53(6):955-62. PubMed
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, et al. Quality and productivity in institutional care for elderly residents - benchmarking with the RAI. (In Finnish) National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Helsinki 2005
- Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005 Feb 2;293(5):596-608. PubMed
- Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *JAMA* 2007 Jan 10;297(2):177-86. PubMed

## РЕФЕРЕНЦИ

1. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997 Jul 28;157(14):1531-6. PubMed
2. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003 Dec 8-22;163(22):2716-24. PubMed
3. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 2007 Aug;63(8):725-31. PubMed
4. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008 Feb;46(2):72-83. PubMed
5. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L et al. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs Aging* 2009;26(12):1013-28. PubMed

Претходни автори:

Kaisu Pitkälä and Kari Eskola

Последно ажурирање 26.2.2014 • Последна промена 26.2.2014

Article ID: ebm00468 (022.008)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 26.2.2014, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 г.**

**Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.**

**Координатор: Проф. д-р К. Зафировска**