

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ПРЕГЛЕД НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува начинот на преглед на употребата на лекови кај постари пациенти.

**Член 2**

Начинот на преглед на употребата на лекови кај постари пациенти е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на преглед на употребата на лекови кај постари пациенти 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 употребата на лекови, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

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

Бр. 07-6506/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ПРЕГЛЕД НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ

МЗД Упатство  
9.9.2010

- Основни податоци
- Процена на моментната употреба на лекови
- Како да се намали полифармацијата
- Како да се промовира безбедна употреба на лекови
- Лекови што се несоодветни или неефикасни кај постари лица
- Помала употреба на лекови
- Поврзани извори
- Референци

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Постарите пациенти почитуваат јасна дијагноза и пристап каде што лекарот ги сослушува и дискутира за состојбата пред да почне со намалување на употребата на лекови - ова, исто така, ќе ја подобри согласноста на пациентот.
- Проблемите на кои се наидува вклучуваат и помала употреба на лекови, која е често поврзана со нецелосно поставена дијагноза (на пр. деменција, срцеви болести, профилакса на болести, болка) и несоодветна примена на лекови (терапија без јасна индикација, или лек за кој ризикот од несакани ефекти ја надвладува клиничката корист).
- 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. со долго дејство бензодијазепини, антипсихотични лекови, антихолинергични лекови, орални антидијабетици и антиинфламаторни аналгетици).
- Треба да се запомни можноста за дехидратација и недоволна исхранетост, независно дали пациентот живее дома или во центри за нега.

### ПРОЦЕНА НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ

- Да се праша пациентот за секој лек на рецепт или без рецепт што го зема (вклучително нестероидни антиинфламаторни лекови - НСАИД, 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 процена на лековите што пациентот ги чува дома, може да ја разјасни ситуацијата.
- Слабата усогласеност во земањето лекови може да се должи на полифармација, несакани ефекти, сложеност на лекот (неколку дози дневно, различни методи на земање), слаб вид, нарушување на меморијата или недостиг од вештина потребна за да се отворат кутиите за лекови.

## Како да се процени кој лек е потребен

- Постар пациент ќе има корист од точна дијагноза доколку болеста за која постои сомнение е таква што е достапен третман со лекови или третман што го подобрува животот на пациентот. Во најголемиот број случаи симптомите не се должат на староста. Како и да е, пациентот разбира дека е невозможно да се лекуваат сите состојби на кои се жалат.
- Мора да се процени значењето (забележливоста) на симптомите, на пр. дали лекот и неговите можни несакани ефекти предизвикуваат повеќе непријатност отколку самите симптоми?
- Треба да се земат предвид сите аспекти поврзани со примената на лекови, вклучително меморија, усогласеност, зависност од лекови, навика на исхрана, внесување течности, малапсорпција, функцијата на црниот дроб и на бубрезите.
- Дозата за возрасни пациенти е вообичаено половина од таа за средновеќни лица, особено што се однесува на психијатриското лекување.
- Лекувањето треба секогаш да почне со најниската можна доза и пациентот мора да се следи и за дејството на лекот и за кој било несакан резултат. Сите покачувања на дозите мора да бидат скалести. Новите знаци и симптоми треба да сметаат на можни несакани ефекти, додека не се покаже спротивното.
- Примената на лекови кај пациентот треба да се води вкупно и да се имаат на ум врските меѓу различните лекови.
- Второстепената превенција има голема важност кај постарите пациенти. Постои доказ од истражување за користа од првичната превенција во однос на најмалку витамин Д, фармакотерапија за хипертензија, вакцинација 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 повеќе заболувања. Отсуство на докази од истражување не значи неопходно отсуство на корист.

## КАКО ДА СЕ НАМАЛИ ПОЛИФАРМАЦИЈАТА

- Пациентот и/или член на семејството или негувателот треба да биде информиран за сите можни несакани ефекти.
- Да се праша пациентот дали има чувство дека повлекувањето на некој лек може да направи проблем. Да се дискутира колку (физички или психолошки) пациентот е зависен од лекот.
- Доколку се договори намалување, треба да се закаже визита (телефонски) за следење со цел да се засили чувството на сигурност кај пациентот.
- Доколку пациентот има сериозни симптоми или случајот и така не е јасен, намалувањето на полифармацијата треба да се спроведе в болница.
- Како и да е, во практика е тешко да се намали постојната терапија и доказите за ефикасно намалување на терапијата се сиромашни (nnd-C).

## КАКО ДА СЕ ПРОМОВИРА БЕЗБЕДНА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

- Доколку пациентот живее сам дома треба да се спроведе годишна ревизија на терапијата. Во објектите за нега, листите на лекови треба да се ревидираат на секои три месеци. Има склоност, посебно за антипсихотици, аналгетици, гастропротективни лекови и хипнотици, да останат на листата на лекови за пациентот долго време откако состојбата се разрешила.
- Причината за честите падови може да бидат лекови што го зголемуваат ризикот од паѓање (антипсихотици, бензодиазепини, вазодилататори што предизвикуваат постурална хипотензија), а не некоја болест (на пр. Паркинсонова болест, деменција, нарушувања на сонот). 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.

- Пишана 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 сестри, негувателите или на членовите на семејствата, во однос на моментната употреба на лекови и нивните можни несакани дејства.
- Во некои случаи може да е целисходно локалните сестри да ги чуваат лековите кај себе. Како и да е, важно е да не се нарушува независноста на пациентот.

## **ЛЕКОВИ ШТО СЕ НЕСООДВЕТНИ ИЛИ НЕЕФИКАСНИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ**

- Во 1997 година и во 2003 година, панел на специјалисти од САД осмислија листа на лекови што се потенцијално несоодветни кај постари пациенти. Исто така, е објавена соодветна европска листа што ги зема предвид разликите во здравствените системи и во пазарите на лекови во САД и во Европа ( 3, 4 ).
- Трициклични антидепресиви (амитриптилин, доксепин): значителни антихолинергични својства, може да предизвикаат конфузија, нарушување на меморијата, уринарна ретенција, констипација и влошување на глаукомот.
- Флуоксетин: несоодветен ССРИ (селективен инхибитор на повторно преземање серотонин) поради ризикот од поврзување.
- Бензодиазепини со долго дејство (дијапам, нитразепам): се насобираат во масното ткиво на постарите лица и може да предизвикаат седација или паѓања.
- Бензодиазепини со кратко дејство: дозата треба да биде помалку од половина од нормалната доза.
  - Препорачаната максимална дневна доза на темазепам е 15 mg, на лоразепам 3 mg, оксазепам 60 mg, алпразолам 3 mg, тријаолоам 0,25 mg и на золдипем 5 mg (алпразолам, тријаолоам и золдипем може да бидат заменети со побезбедна алтернатива, на пр. оксазепам, лоразепам или зопиклон.
- Конвенционалните антипсихотици (левомерпромазин, перфеназин) имаат повеќе забележителни антихолинергични и екстрапираамидални ефекти отколку атипичните антипсихотици. Како и да е, обете групи ја зголемуваат вкупната смртност, како и ризикот од пневмонија, цереброваскуларни случувања и кардиоваскуларната смртност.
- Декстропропексифен: тесен терапевтски опсег
- Индометацин: повисок ризик од несакани ефекти на ЦНС и на гастроинтестиналниот тракт отколку другите НСАИД (нестероидни антиинфламаторни лекови)
- Мепробамат: предизвикува седација и е поврзан со ризик за зависност од лекот
- Дисопирамид: забележливи антихолинергични својства
- Дигоксин: нужноста треба да се процени повторно. Неговата доза не треба да биде повисока од 0,125 mg.
- Хидрозин, гастроинтестинални спазмодици: забележливи антихолинергични својства и често предизвикуваат седација.
- Деривати на ерготамин: ефикасноста не е утврдена.
- Лековите неопходни за постарите пациенти некогаш може да бидат заменети со друг лек со помалку несакани ефекти, на пример:
  - Бензодиазепините со долго дејство да се заменат со тие со кратко дејство
  - НСАИД со парацетамол
  - Антихолинергични трициклични антидепресиви со нови типови антидепресиви
  - Невролептици во ниски дози, кои предизвикуваат крутост, со нови типови антипсихотични лекови
- Несаканиот ефект на еден лек не треба да се третира со друг лек, на пр. крутост и тремор предизвикани со антипсихотични лекови не треба да се третираат со антипаркинсонци.

- Да не се користи симптоматска терапија за вртоглавица кај постари пациенти

### ПОМАЛА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

- Самата напредната возраст никогаш не треба да биде контраиндикација за потенцијално корисна терапија - 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 само со симптоматска терапија (нитрати).
  - Болката често е потценета и според тоа хроничната болка и болката кај пациентите со канцер често се несоодветно третирани (nnd-C).
  - Депресијата кај постарите лица е често суптретирана како во однос на лековите така и во однос на снабдувањето на терапијата и на групите за поддршка.
  - Витаминот Д ја зголемува мускулната сила и ја подобрува рамнотежата и коскената сила, но често не се администрира.
  - Остеопорозата мора да биде дијагностицирана и третирана.
  - Дијагнозата на деменција се подобрува секојдневно, но постои суптретман со лекови против деменција.

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

16.4.2007

#### Литература

##### Сумирани 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](#)

Автори: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00277 (022.008)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

## 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](#)

Автори: Minna Raivio Претходни автори: Kaisu Pitkälä and Kari Eskola Article ID: ebm00468 (022.008)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 09.09.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до септември 2014 година.**