

пацієнтів як в ранньому, так і в пізньому відновлювальному періоді як для осіб з атеротромботичним, так і у хворих з кардіоемболічним підтипами інсульту.

Шапкін В. Є.
РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ
МЕДИЦИНИ У РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА
КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Значна поширеність основних хронічних неінфекційних захворювань обумовлює той факт, що у медичній практиці лікарям доволі часто доводиться лікувати хворих з поєднанням декількох захворювань. Сучасні дослідження вказують, що у віці 50 - 59 років 36% пацієнтів мають дві - три хвороби, у 60-69 років вже у 40,2% хворих відзначаються чотири - п'ять захворювань, а у віці 75 років і старше - 65,9% пацієнтів мають більше п'яти нозологій. Тому проблема коморбідності стає все більш актуальною в умовах демографічного старіння населення, що стосується також й України. Вплив коморбідної патології на клінічні прояви, результати лікування та прогноз захворювань багатогранний та погано передбачуваний. Поєднана патологія створює якісно нову ситуацію при призначенні лікарських засобів. Наприклад, один і той же препарат може по різному проявляти себе при різних варіантах поєднання основної патології та супутніх захворювань. Наявність у пацієнта коморбідності сприяє збільшенню тривалості працевтрат і стаціонарного лікування, підвищує число ускладнень, посилює ризик інвалідизації, ускладнює проведення реабілітаційних заходів, зменшує тривалість життя, особливо хворих похилого віку.

Слід зазначити, що саме лікар загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) буде курирувати хворих з коморбідною патологією впродовж всього їх життя на відмінність від спеціалістів, які залучаються в разі необхідності. Тому сімейний лікар повинен усвідомлювати основні принципи роботи з цією категорією пацієнтів.

Перед початком лікування фахівець з ЗПСМ повинен оцінити функціональний стан нирок і печінки для оптимізації дозування лікарських засобів.

Поліпрагмація є істотним супутником коморбідної патології, тому одним із проявів професійної майстерності сімейного лікаря є вміння розподілити курси лікування різних захворювань у часі, або (якщо останнє неможливо) адекватно поєднати їх. Для цього слід врахувати особливості взаємодій фармакологічних препаратів. Доцільним є

використання лікарських засобів, що одночасно впливають на різні хвороби, що мають місце у пацієнта. Це дозволить скоротити загальну кількість ліків без шкоди для пацієнта.

При виборі лікарських засобів для пацієнтів старше 65 років сімейному лікарю допоможуть оновлені критерії Бірса (Beers). Основна мета їх використання - запобігти небажані побічні реакції у літніх хворих, оптимізувати лікарську терапію. Критерії Бірса було вперше опубліковано у 1991 році, останній перегляд мав місце в 2019 році. Ці рекомендації було створено групою експертів з урахуванням принципів доказової медицини та складаються з наступних розділів:

- лікарські засоби, що потенційно не рекомендуються хворим похилого віку;
- лікарські засоби, що потенційно не рекомендуються літнім пацієнтам з певними захворюваннями і синдромами;
- препарати, що слід застосовувати з обережністю у хворих похилого віку;
- препарати, що слід уникати літнім пацієнтам або потребують корекції дози з урахуванням функції нирок.

Прогноз коморбідних захворювань багато в чому залежить від поведінки самого пацієнта, але вона може бути в значній мірі скоректована сімейним лікарем. Саме фахівець з ЗПСМ завдяки розумінню особливостей своїх підопічних має найліпші можливості для цього у порівнянні з іншими лікарями. Це дозволить домогтися найкращих результатів не тільки в збільшенні тривалості життя, але і в поліпшенні його якості у коморбідних хворих.