РОЛЯ НА ФАРМАЦЕВТА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА КОНТРОЛА НА БРОНХИАЛНАТА АСТМА

Г. Бочева, Хр. Лебанова

PHARMACIST'S ROLE IN IMPROVING BRONCHIAL ASTHMA CONTROL

G. Bocheva, Hr. Lebanova

Резюме. Бронхиалната астма е едно от най-често срещаните хронични заболявания в световен мащаб. Астмата е свързана със значителен финансов товар за пациента, намалена продължителност и качество на живот, емоционален и психологически стрес, намалена работоспособност и социална адаптивност. По отношение на здравната система това включва преки и непреки икономически и административни разходи за хоспитализации, лечение, профилактика, персонал, отсъствие от работа или училище и др. Целта на настоящия преглед на публикуваната литература е да проучи добрите практики за подобряване на контрола на бронхиалната астма и ролята на фармацевта в лечението и профилактиката на заболяването.

Summary. Bronchial asthma is one of the most common chronic diseases in the world. Asthma is associated with a significant financial burden on the patient, related to duration and quality of life, emotional and psychological stress, employability and social adaptability. With regard to the health system, this includes direct and indirect economic and administrative costs for hospitalization, treatment, prevention, staffing, absence from work or school, etc. The aim of this review of the published literature is to examine good practices for improving the control of bronchial asthma and pharmacists' role in the treatment and prevention of the disease.

Key words: chronic diseases, bronchial asthma, pharmacists

Въведение

Астмата е хронично възпалително заболяване на дихателните пътища, което е резултат от взаимодействието на фактори на околната среда и генетични фактори. Астмата се характеризира с вариабилна и обратима обструкция на дихателните пътища, възпаление, свръхпроизводство на мucus, свръхреактивност на дихателните пътища, която води до чести и повтарящи се епизоди на хриптене, задух, стягане в гърдите и кашлица. [1] Хроничната астма води до патологични прогресивни изменения на дихателните пътища, което предизвиква частично обратима или необратима обструкция. [2]

Астмата се среща при деца и възрастни пациенти, без значение от възрастта им. Тя е едно от най-разпространените хронични заболявания в света. Според данни на Peters и кол. от астма боледуват 300 милиона души в световен мащаб, като този брой се очаква да се увеличи до 400 милиона до 2020 година. [3] Болестността от астма не се повлиява от нивото на развитие на държавите и здравните системи, но трябва да се отбележи, че се наблюдават различия между регионите. Данните за Европейския съюз показват, че болестността варира от 1.5% в Румъния до 18.4% в Шотландия. [4] Съгласно данните на Global Atlas of Asthma 2013 болестността в Македония е 5.1%. [5]

Данните за честотата на астмата в България са противоречиви, тъй като липсва единен регистър на заболялите от астма. Съгласно публикувани епидемиологични данни на Глобалния атлас за астмата от 2013 г., очакваната честота в България е около 5%, което се равнява на около 360 000 човека. [5] Според GINA 2018, 50% от тези пациенти са диагностицирани. Според справка на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) диспансеризирани пациенти с диагноза астма са около 120 000, от които 118 810 пациенти, получаващ терапия за заболяването си през 2017 г.

Посочените цифри изразяват един значителен финансов товар за пациента, свързан с продължителност и качество на живот, емоционален и психологически стрес, намалена работоспособност и социална адаптивност. По отношение на здравната система това включва преки и непреки икономически и административни разходи за хоспитализации, лечение, профилактика, персонал, отсъствие от работа или училище и др. [6]

Фармацевтичната индустрия по света се развива с бързи темпове. [7] Независимо от непрекъснатото усъвършенстване на медицинската техника, от повишаващото се ниво на професионална компетентност, от ежегодно актуализираните клинични алгоритми, препоръки и регулации, контролът на бронхиалната астма в терапевтичен, превенционен, социален и икономически аспект остава незадоволен.

Целите за контрол на бронхиалната астма, дефинирани от GINA, са постигане и поддържане на терапевтичен и превенционен контрол, поддържане на нормална физическа активност включително и спорт, поддържане на белодробната функция максимално близка до нормалната, предотвратяване на влошаване на заболяването, избягване на нежеланите лекарствени реакции на лекарствените продукти използвани в лечението, намаляване на смъртността от астма. Постигането на тези цели изисква успешната терапия на бронхиална астма да се основава на мултидисциплинарен подход, включващ усилията на лекари, фармацевти, пациенти и техните семейства. [8]

Целта на настоящия преглед на публикуваната литература е да идентифицира факторите, които водят до подобряване на контрола на бронхиалната астма и ролята на фармацевта в лечението и профилактиката на заболяването.

Роля на комплайънса и придържането към терапията

Актуална и значима тема, широко дискутирана в литературата, е придържането към терапията. Нивото на придържане към терапията в глобален мащаб варира от 10% до 30-50% в зависимост от съответните региони и респективно от нивото на здравната култура и информация. В най-развитите страни процентът е между 30-50%. [9] Фармацевтът е медицински специалист, имащ пряката възможност в момента на отпускане на лекарствата и след това, при последващите отпускания, да акцентира върху определящата роля на придържане към терапията в лечението и контрола на бронхиалната астма. Това би могло да бъде извършено освен в устна, така и в писмена форма.

Липсата на комплайънс и лошото придържане към терапията, често се смятат за един от основните фактори, отговорни за лошия контрол на бронхиалната астма и честотата

на екзацербациите. [4] Придържането към терапията има основно значение за оптимизирането на ползата от лечението. Ниските нива на придържане към терапията са свързани с по-висока смъртност, по-чести симптоми, нарастващи директни и индиректни разходи за лечение и влошено качество на живот. [10] Литературни данни показват, че нивата на придържане са <50% при деца и между 30-70% – при възрастни пациенти. [11] Тези ниски нива на придържане се обясняват с т.нар. „стероидна фобия“ – притеснения относно безопасността на инхалаторните кортикостероиди. [12]

Фармацевтични програми, насочени към контрола на бронхиалната астма

В рамките на Европейския съюз се провеждат множество проучвания и се разработват множество програми свързани с подобряване на контрола на бронхиалната астма като повечето от тях са специфично насочени към приноса на фармацевтите в аптеките за обслужване на амбулаторно болни. [9]

SIMPLE Project (S-Stop smoking, I-Inhaler technique, M-Monitoring, P-Pharmacotherapy, L-Learning, E-Education) е проучване, целящо да оцени ползата от фармацевтичните интервенции в условията на градска аптека за пациенти, боледуващи от бронхиална астма, включващо като основни направления лекарствени продукти и терапия, измерване и проследяване на дихателната функция, правилно използване на медицинските изделия, начин на живот, информиране и консултации. [13] Проведено е в Лейчестер, Великобритания в условията на 13 аптеки в периода от м. юни 2010 до м. май 2011 г. с начален брой пациенти 125. Резултатите показват значително подобряване в контрола на заболяването и качеството на живот. По отношение на придържането към терапията е отчетено намаляване на броя на рецептите с краткодействащи beta-2 агонисти за сметка на сигнификантно увеличаване от 92% на изпълнените рецепти с кортикостероидни инхалатори. Броят на посещенията при личен лекар е с 32% по-малък в сравнение с началото.

В Дания е разработена и действаща програма Asthma Therapeutic Outcome program. [14, 15] Програмата е проведена в 31 аптеки – 15 контроли и 16 аптеки, в които е проведена интервенцията и е базирана на поставяне на терапевтични цели, фармацевтични интервенции, обхващащи лекарствена терапия и медицински изделия, включващи колаборация между лекар, фармацевт и пациент, изграждане и имплементиране на мониториращ план, документално оформяне. Резултатите показват 23% подобрене на астма симптомите спрямо контролна група в 12-месечен период, а броят на взетите болнични дни намаляват с 60%. Отчетено е значително подобряване както в качеството на живот, така и по отношение на самостоятелното управление на заболяването от страна на пациентите.

Такива са и действащите в практиката програми в Германия, Норвегия и Финландия [16, 17]

В България са проведени няколко проучвания, които отчитат подобрене в качеството на живот на пациентите с астма в резултат на образователна интервенция, проведена от фармацевтите в аптеките. [18, 19]

Проектът Asheville (Asheville Project) представлява 5-годишно проучване, проведено в 12 аптеки в Северна Каролина, САЩ сред 207 пациенти с астма. Всички участници в проучването са обучени от сертифициран инструктор и са проследявани от фармацевти. Резултатите от проучването показват, че стойностите на всички субективни и обективни измерители на състоянието на пациентите са се подобрили значително. Спешните хоспитализации са намалели от 9.90% до 1.3%. [20]

Pharmacy asthma care program (PACP) в Австралия се

фокусира върху прилагането на нови стратегии по отношение на контрола на бронхиалната астма. [21] Програмата продължава за период от 6 месеца и в нея участват 50 аптеки и 191 пациента, на които е приложена интервенция, както и 205 контроли. Пациентите, при които е имало интервенция от страна на фармацевтите са с по-добро придържане към терапията (OR=1.89, 95% CI 1.08-3.30), намалени дози на спешната медикация. Вероятността при тях да преминат от състояние на „тежка астма“ към „не-тежка астма“ е 2,7 пъти по-висока спрямо контролите (OR=2.67, 95% CI 1.65-4.33).

Роля и значение на фармацевтите в контрола на бронхиалната астма

Фармацевтите са квалифициран, динамичен и отговорен ресурс, който заслужава специално внимание при контрола на хроничните заболявания и който се интегрира успешно при постигане на набелязаните цели. Основно условие за успешното внедряване на фармацевтични грижи за пациенти с астма е установяване на тясна колаборация между лекуващ лекар, фармацевт и пациент.

Фармацевтите биха имали значителен принос в мениджмънта на бронхиалната астма в две основни направления – професионална клинично-фармацевтична преценка за заболяването и неговата терапия и консултативна функция, имаща за цел да подобри заболяването в терапевтичен и превенционен аспект, да повиши нивото на информираност и осъзнатост на пациентите и постигайки това да им даде възможност за самостоятелно и отговорно управление на бронхиалната астма. [9, 22]

Професионалната клинично-фармацевтична дейност обхваща оценка на нивото на контрол на заболяването. Това би могло да бъде направено чрез интервюиране на пациентите и установяване на съотношението бързо действащи лекарствени продукти към поддържащи такива.

Отчитайки факта, че много от пациентите с бронхиална астма страдат и от други заболявания, фармацевтите трябва да проведат задълбочен анализ на цялостната лекарствена терапия, имаща за цел да определи влиянието ѝ конкретно върху лечението на астма. [23] На този етап фармацевтът трябва да прояви висока професионална компетентност по отношение на правилно предписване, дози и дозиращ интервал, противопоказания и предупреждения, риск от и поява на алергични и нежелани реакции, възможните лекарствени взаимодействия, терапевтично лекарствено мониториране. Фармацевтът има задължението да предложи адекватна и висококомпетентна професионална алтернатива за промени, свързани с цялостното лечение на заболяването.

В контрола и лечението на бронхиалната астма голяма роля играят и медицинските изделия. [24] Медицинските изделия се различават помежду си по лекарствения продукт, който доставят, по дизайна на самото изделие и респективно по начина на употреба. Всичко това определя нивото им на ефективност. При недостатъчно добър терапевтичен ефект след детайлни консултации за начина на ползване на изделието, те биха могли да информират медицинските специалисти и да предложат подходящо за конкретния пациент изделие.

Консултирането на пациенти, страдащи от бронхиална астма, е многоизмерен модел, включващ някои от следващите елементи:

► Информираност за самото заболяване.

Въпреки че това е вече направено от медицинските специалисти, фармацевтът има възможност да наблегне върху същността на заболяването, протичане, възможни усложнения, прогнози.

Значим момент на този етап е предотвратяване на рисковите фактори, отключващи кризи или екзацербации,

акцентиране върху начина на живот, професионални, социални и лични навици, изграждането на алгоритъм на поведение при криза. Психологически момент тук е пациентите да осъзнаят, че тяхната роля е не по-малко значима от тази на медицинския специалист или фармацевта и че колаборирайки с тях, те могат да постигнат максимално добро качество на живот в рамките на тяхното заболяване. Всичко това би отключило една ползотворна мотивация и чувство на пълноценно участие в контрола на бронхиалната астма.

От основно значение за подобряването на придържането към терапията е пациентите да са добре запознати с предписаните им лекарствени продукти. Фармацевтите са длъжни да обяснят тяхното предназначение, очакван ефект, дози и начин на приложение, възможни алергични и странични действия. При необходимост би могъл да бъде създаден лекарствен лист или предложени възможности за индивидуално ежедневен дозиране.

► **Консултиране за правилната употреба на медицинските изделия.**

Инхалаторната терапия на бронхиална астма дава възможност активният лекарствен продукт да бъде доставен директно на мястото на действие в бронхите. Съществува голямо разнообразие на инхалаторни изделия – PMDI's (pressured metered dose inhalers) в различни варианти, DPI's (dry powder inhalers), небулизатори, спейсъри, устройства за измерване на дихателната функция. Инхалаторите се различават не само по лекарствения продукт, който доставят, но по начина му на употреба. Например, неправилната употреба на кортикостероид-съдържащите лекарствени продукти би могла да доведе до завишен прием на орални кортикостероиди и респективно до завишен риск от проява на сериозни придружаващи нежелани реакции. Фармацевтите имат професионално задължение да консултират пациентите в детайли за вида, начина на приложение, съхранение на използваните медицински изделия, винаги имайки предвид, че това е решаващо за успешната терапия на бронхиалната астма.

Не на последно по значимост място е и поведението на фармацевтите. В контакта и последващи разговори с пациентите, фармацевтите трябва да бъдат професионалисти, емпатични и предлагащи информация на достъпно ниво. Със своята компетентност и етичност, с предоставяне на възможността за пряка и обратна връзка, те биха спечелили доверието на пациентите в контрола на едно нелеко и в някои случаи непредсказуемо заболяване.

Заклучение

Днес бронхиалната астма е значителен товар върху обществото както в глобален мащаб, така и в България. Съществуват множество проучвания, доказващи, че разходите, свързани с контролирана астма са значително по-малки, отколкото тези, свързани с неконтролирана астма. [25, 26] Стойността за лечение на неконтролираната астма е около три пъти по-голяма, отколкото тази на контролирана астма като тя е свързана с лечение на екзацербации, спешни хоспитализации и начините за овладяването им. Това индикира за необходимостта в България да бъде преосмислена концепцията за ролята на фармацевта в лечението и профилактиката на бронхиалната астма, основаваща се на структурата медицински специалист-фармацевт-пациент. Отчитайки факта, че ние разполагаме с високо компетентни и отговорни медицински и фармацевтични кадри, това е идея, която заслужава да бъде разработена на национално ниво. Подобна програма би осигурила пълноценното участие на всяка еди-

ница в структурата медицински специалист-фармацевт-пациент, чиято интеграция и усилия биха имали значителен успех в контрола на бронхиалната астма, рефлексирал и върху разходите на здравната система у нас.

Изграждането и имплементирането на подобен модел би допълнил профила за управлението на бронхиалната астма в насока, водеща до повишаване на здравето и качеството на живот на страдащите от бронхиална астма и до снижаване разходите на обществото.

Библиография

1. Asthma TCS on the G of. A genome-wide search for asthma susceptibility loci in ethnically diverse populations. *Nat Genet* 1997;15:389-92.
2. Pascual RM, Peters SP. Airway remodeling contributes to the progressive loss of lung function in asthma: An overview. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2005;116:477-86. doi:10.1016/j.jaci.2005.07.011
3. Peters S, Ferguson G, Deniz Y, et al. Uncontrolled asthma: a review of the prevalence, disease burden and options for treatment. *Respir Med* 2006;100:1139-51. doi:10.1016/j.rmed.2006.03.031
4. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur. Respir. J.* 2008;31:143-78. doi:10.1183/09031936.00138707
5. Agache I. *Global Atlas of Asthma*. 2013.
6. Григоров Е, Белчева В, Салчев П. Икономика като наука за общественото благополучие. *Социална медицина* 2014;22:33-7.
7. Балкански С, Найденов Т, Кирилов Б, et al. Тенденции и очаквания за иновациите във фармацевтичната индустрия. *Здравна политика и мениджмънт* 2018;18:26-31.
8. Kritikos VS, Reddel HK, Bosnic-Anticevich SZ. Pharmacists' perceptions of their role in asthma management and barriers to the provision of asthma services. *Int J Pharm Pract* 2010;18:209-16. doi:10.1211/ijpp.18.04.0005
9. Selroos O, Kupczyk M, Kuna P, et al. National and regional asthma programmes in Europe. *Eur. Respir. Rev.* 2015;24:474-83. doi:10.1183/16000617.00008114
10. Horne R. Compliance, adherence and concordance: implications for asthma treatment. *Chest Published Online First*: 2007. doi:10.1378/chest.130.1
11. Milgrom H, Bender B, Ackerson L, et al. Noncompliance and treatment failure in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1996;98:1051-7. doi:10.1016/S0091-6749(96)80190-4
12. Chan PW, DeBruyne J a. Parental concern towards the use of inhaled therapy in children with chronic asthma. *Pediatr Int* 2000;42:547-51. doi:10.1046/j.1442-200X.2000.01278.x
13. Colquhoun A. SIMPLE project which revolutionised patients' asthma control scoops award. *Pharm J* 2012;:11.
14. Herborg H, Soendergaard B, Froekjaer B, et al. Research: Improving Drug Therapy for Patients with Asthma-Part 1: Patient Outcomes. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:539-50. doi:10.1016/S1086-5802(16)31278-5
15. Kaae S, Christensen ST. Exploring long term implementation of cognitive services in community pharmacies – a qualitative study. *Pharm Pract (Granada)* 2012;10:151-8.
16. Schulz M, Verheyen F, Mühlhig S, et al. Pharmaceutical care services for asthma patients: A controlled intervention study. *J Clin Pharmacol* 2001;41:668-76. doi:10.1177/00912700122010438
17. Mangiapane S, Schulz M, Mühlhig S, et al. Community pharmacy-based pharmaceutical care for asthma patients. *Ann Pharmacother* 2005;39:1817-22. doi:10.1345/aph.1G180
18. Petkova V, Andreevska K, Gueorguiev S, et al. Community pharmacy-based program for patients with asthma and COPD. *Biotechnol Biotechnol Equip* 2012;26:3437-42. doi:10.5504/BEEQ.2012.0099
19. Petkova V. Pharmaceutical care for asthma patients: a community pharmacy-based pilot project. *Allergy Asthma Proc* 2008;29:55-61. doi:10.2500/aap.2008.29.3083
20. Cranor C, Bunting B, Christensen D. The Asheville project: Long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc* 2003;43:173-84. doi:10.1331/108658003321480713
21. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brillant M, et al. Pharmacy Asthma Care Program (PACP) improves outcomes for patients in the community. *Thorax* 2007;62:496-502. doi:10.1136/thx.2006.064709
22. Kritikos V, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ. Interactive small-group asthma education in the community pharmacy setting: A pilot study. *J Asthma* 2007;44:57-64. doi:10.1080/02770900601125755
23. Beauchesne M-F, Bercier D, Julien-Baker F, et al. Community Pharmacy-Based Medication Assessment Program for Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Can Pharm J / Rev des Pharm du Canada* 2012;145:70-1. doi:10.3821/145.2.cpj70
24. Basheti IA, Reddel HK, Armour CL, et al. Improved asthma outcomes with a simple inhaler technique intervention by community pharmacists. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2007;119:1537-8. doi:10.1016/j.jaci.2007.02.037
25. Stanford R, McLaughlin T, Okamoto LJ. The cost of asthma in the emergency department and hospital. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:211-5. doi:10.1164/ajrcm.160.1.9811040
26. Accordini S, Bugiani M, Arossa W, et al. Poor control increases the economic cost of asthma. A multicentre population-based study. *Int Arch Allergy Immunol* 2006;141:189-98. doi:10.1159/000094898

Автори

Маг.-фармацевт Галя Бочева, аптека „Медик Консулт“, гр. Русе

доц. Христина Лебанова, дф, Факултет „Фармация“, Медицински Университет – Плевен, гр. Плевен