

## ЭТИКА ОТМЕНЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

С. К. Зырянов, Е. А. Байбулатова ✉

Российский университет дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

Пожилым людям назначается непропорционально большое количество лекарственных препаратов. Полипрагмазия увеличивает риск побочных эффектов, способствует снижению комплаентности и может привести к развитию неблагоприятных исходов. Имеются значительные доказательства неуместного, а также чрезмерного назначения лекарственных препаратов пожилым людям. Результаты лечения могут быть улучшены за счет контролируемой отмены лекарственных средств. Принципы отмены назначения включают анализ всех текущих назначений, определение препаратов, которые необходимо отменить, заменить или уменьшить дозу, планирование режима отмены назначения в партнерстве с пациентом, контроль и поддержка пациента. Четкое понимание показаний к назначению и пользы от проводимой фармакотерапии, а также объективная оценка риска врачами, назначающими лекарственные препараты, и пациентом, продуманный план отмены назначений могут улучшить результаты лечения пожилых людей.

**Ключевые слова:** полипрагмазия, пожилые люди, контролируемая отмена лекарственных средств, оптимизация лекарственной терапии

**Вклад авторов:** С. К. Зырянов — разработка дизайна статьи, научное консультирование, литературное консультирование; Е. А. Байбулатова — обзор публикаций по теме статьи, составление резюме, написание текста статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Елена Александровна Байбулатова  
ул. Миклухо-Маклая, д. 6, г. Москва, 117198, Россия; baybulatova-ea@rudn.ru

**Статья поступила:** 02.02.2023 **Статья принята к печати:** 05.03.2023 **Опубликована онлайн:** 30.03.2023

**DOI:** 10.24075/medet.2023.008

## THE ETHICS OF DEPRESCRIBING IN OLDER ADULTS

Zyryanov SK, Baibulatova EA ✉

Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

Older adults consume a disproportionate amount of medicinal products. Polypharmacy may increase the risk of adverse effects, result in poor medication adherence and unfavorable outcomes. There is considerable evidence that older adults are prescribed unnecessary or excessive medications. Treatment outcomes can be improved owing to controlled discontinuation of medicinal products. The deprescribing principles include analysis of all current prescriptions, detecting the medications that must be discontinued, dosage replacement or reduction, discussing the deprescribing regimen together with a patient, patient's control and support. Clear comprehension of indications and benefit of the conducted pharmacotherapy, objective risk assessment by prescribing physicians and by a patient, and a deliberate deprescribing plan can improve treatment outcomes of the elderly.

**Keywords:** polypharmacy, older adults, controlled withdrawal of medicinal products, drug therapy optimization

**Author contribution:** Zyryanov SK — article designing, scientific counselling, literature counselling; Baibulatova EA — review of article-related publications, writing an abstract, writing an article.

✉ **Correspondence should be addressed:** Elena A. Baibulatova  
ul. Miklukho-Maklaya, 6, Moscow, 117198, Russia; baybulatova-ea@rudn.ru

**Received:** 02.02.2023 **Accepted:** 05.03.2023 **Published online:** 30.03.2023

**DOI:** 10.24075/medet.2023.008

Полипрагмазия, обычно определяемая как прием пяти и более лекарственных средств (ЛС) [1], очень распространена. Недавний анализ показал, что от 25 до 40% взрослым в возрасте старше 65 лет назначается не менее пяти лекарственных препаратов [2], значительная часть которых считается «неуместной» [3]. В то время как пожилые люди могут получать пользу от приема нескольких ЛС, неуместная полипрагмазия, при которой вред перевешивает пользу, может быть значительным риском и затратами как для отдельно взятого пожилого пациента, так и для общества в целом. Действительно, неуместная полипрагмазия может привести к развитию нежелательных реакций, межлекарственным взаимодействиям, госпитализации и, в некоторых случаях, к летальному исходу. В совокупности неуместная полипрагмазия представляет собой уникальную дилемму в отношении баланса пользы и вреда, автономии и справедливости [4].

Слово «депрескрибирование» впервые появилось в литературе в 2003 г. [5]. В связи с растущим во всем мире беспокойством по поводу негативных последствий

чрезмерного использования некоторых ЛС все большее внимание уделяется подходам к минимизации вреда. Акцент смещается с назначения, которое традиционно считалось началом или возобновлением приема лекарственного препарата, на отмену назначения, особенно с возрастом. Отмена назначения была определена как «процесс отмены неподходящего лекарственного средства под наблюдением медицинского работника с целью управления полипрагмазией и улучшения результатов» [6]. Снижение дозы и переход на более безопасные ЛС также считаются стратегиями отмены назначения, которые сохраняют эффективность при минимизации вреда. Термин «неподходящее лекарственное средство» включает в себя ЛС, потенциальные риски от которых перевешивают потенциальные преимущества для человека. Сюда входят как ЛС с высоким риском причинения вреда, так и те, которые не нужны или неэффективны. Сюда также могут входить препараты, которые не соответствуют целям лечения (например, профилактические препараты у пациентов, получающих паллиативную помощь) или не

**Таблица 1.** Контекст отмены ЛС: примеры клинических, психологических, социальных, финансовых и физических факторов, которые необходимо учитывать при отмене лекарственных средств [4]

Факторы	Пояснения
Клинические факторы	Потенциальная польза, связанная с приемом лекарственного препарата, по сравнению с вредом; количество пациентов, нуждающихся в лечении; ожидаемое время до получения пользы; прогноз жизни человека; типы лекарств (например, профилактическое или симптоматическое лечение); врач, впервые назначивший лекарственный препарат; наличие/отсутствие триггеров; наличие/отсутствие симптомов; доступные альтернативы (включая немедикаментозные методы лечения); навыки/знания/наличие доверия к врачу; доступные доказательства; этические нормы; система здравоохранения (высокий или низкий уровень)
Психологические факторы	Представления о здоровье/отношение к лекарственной терапии и болезням; когнитивные искажения; когнитивные функции; медицинская и лекарственная грамотность; знания; здоровье и цели терапии; проблемы с психическим здоровьем; стратегия выживания, личные предпочтения в отношении последствий для здоровья; облегчение симптомов; сохранение физической, психической и социальной активности; профилактика заболеваний; предотвращение неблагоприятных исходов/побочных эффектов; самоэффективность; предпочтение участия в принятии решений
Социальные факторы	Влияние семьи и друзей; социальная поддержка/одиночество; бремя приема нескольких лекарств/быть пациентом; выполнение обязанности бабушки/дедушки; условия проживания/ жизненная ситуация
Экономические факторы	Наличие/отсутствие медицинской страховки; стоимость лекарственных препаратов; экономические затраты, связанные с полипрамазией/с возникновением нежелательных лекарственных реакций; доступные ресурсы
Физические факторы	«Таблеточное бремя»; трудности с приемом/введением лекарств (например, глотание таблеток); получение повторных рецептов, управление оставшимися лекарственными препаратами; побочные эффекты ЛС; общее самочувствие; ДА (ADL)-дневная активность; качество жизни (QoL)/самооценка здоровья; сопутствующие заболевания

**Таблица 2.** Принципы отмены назначения в клинической практике [13]

Факторы, влияющие на отмену ЛС	Пояснения
Врачи общей практики являются основной движущей силой для отмены назначений из-за их большого влияния не только на назначение, но и на восприятие и решения пациентов относительно их медицинского обслуживания	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Врачи общей практики должны знать об их влиянии и не бояться сопротивления пациента.</li> <li>– Необходимо оказывать большую поддержку врачам общей практики, чтобы сделать возможным отмену назначений в общей практике (существует множество барьеров, включая нехватку времени и отсутствие руководств)</li> </ul>
Процесс отмены предписания	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Необходимо провести дискуссию между медицинским работником и пациентом/лицом, осуществляющим уход.</li> <li>– Необходимо объяснить, почему лекарство рекомендуется прекратить, в том числе есть ли какая-либо постоянная польза, каков долгосрочный вред и почему ЛС больше не подходит в текущем контексте лечения.</li> <li>– Пациенты и лица, осуществляющие уход, открыты для участия в наблюдении и ожидают, что медицинский работник проинформирует их о том, за чем следует следить и что делать в случае изменения состояния.</li> <li>– Следует подчеркнуть, что отмена лекарственных средств проводится на экспериментальной основе</li> </ul>
Если пациент/лицо, осуществляющее уход, сопротивляется прекращению лечения	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Дальнейшее обсуждение может показать, почему они колеблются (например, предыдущий опыт).</li> <li>– Совместное принятие решений необходимо для достижения благоприятного исхода и поддержания отношений между врачом и пациентом</li> </ul>

соответствуют ценностям и предпочтениям пациента, а также средства, которые чрезмерно обременительны [7]. Важно отметить, что «отмена назначения» существенно отличается от несоблюдения назначения или нарушения режима приема ЛС, поскольку оно включает в себя руководство и контроль со стороны медицинского работника с тем же уровнем знаний и внимания, что и назначение.

Полипрагматизация и применение потенциально неподходящих препаратов связаны (по результатам нескольких наблюдательных исследований) с рядом негативных последствий для здоровья пациента, включая снижение качества жизни, побочные эффекты на лекарственные средства, падения, несоблюдение режима назначения, госпитализацию и летальный исход [8, 9]. Например, *Passarelli и др.* [10] обнаружили, что пожилой пациент, которому прописано потенциально неподходящее лекарственное средство, имеет в два раза больше шансов столкнуться с нежелательной лекарственной реакцией по сравнению с пожилым пациентом, не принимавшим потенциально неподходящее лекарственное средство. В свою очередь, предполагается, что если уменьшить дозы или прекратить прием неподходящих лекарственных средств и минимизировать количество принимаемых

препаратов, то это приведет к уменьшению вреда. Однако потенциальная польза должна быть сбалансирована с любыми рисками, которые могут возникнуть в результате отмены ЛС.

Регулярный пересмотр лекарственной терапии с отменой (контролируемая отмена) неподходящих ЛС является компонентом оптимальной медицинской помощи пожилым людям и может привести к преимуществам, включая предотвращение развития побочных эффектов, улучшение приверженности к лечению и снижение затрат [11] (Таб. 1). Однако на практике существует множество препятствий для отмены назначения.

Существует четыре принципа биомедицинской этики:

- 1) благодеяние,
- 2) не причинение вреда,
- 3) автономия,
- 4) справедливость,

которыми должны руководствоваться врачи, отменяя ЛС пожилым людям.

Взгляд на отмену предписания как на действие создает более сильные моральные обязательства, чем если бы он рассматривался как бездействие. Это можно объяснить боязнью негативных последствий, что препятствует отмене назначения [12] (Таб. 2).

Понимание опыта пациента является принципом оптимизации лекарственных назначений и совместного принятия решений [14]. Совместное принятие решений пропагандируется не только потому, что оно приемлемо с этической точки зрения и считается правом пациента, но и потому, что оно может предотвратить пустую трату времени, ресурсов и лекарственных средств, а также улучшить соблюдение режима назначений и результаты лечения [13, 15].

Уважать автономию пожилых людей сложно, поскольку они могут не хотеть принимать активное участие в процессе принятия решений; у них также может быть снижена когнитивная функция, и поэтому членам семьи, возможно, придется вмешиваться в процесс принятия решений.

Люди редко владеют информацией об изменениях рисков и преимуществ длительного приема лекарств с

возрастом. Прекращение использования неподходящих лекарственных средств имеет большую финансовую выгоду для человека и общества в целом. Однако принцип справедливости также диктует равные права на обращение независимо от возраста [12].

## ВЫВОДЫ

Отмена неподходящих лекарственных средств может быть лучшим клиническим решением и привести к значительным клиническим преимуществам, включая снижение числа падений. Основными причинами прекращения приема лекарств у пожилых людей являются снижение риска побочных эффектов, уменьшение вероятности взаимодействия ЛС и упрощение схемы назначения.

## Литература

- Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012; 65 (9): 989–95.
- Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, et al. Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1999–2012. *JAMA*. 2015; 314 (17): 1818–31.
- Bradley MC, Motterlini N, Padmanabhan S, et al. Potentially inappropriate prescribing among older people in the United Kingdom. *BMC Geriatr*. 2014; 14: 72.
- Todd A, Jansen J, Colvin J, McLachlan AJ. The deprescribing rainbow: a conceptual framework highlighting the importance of patient context when stopping medication in older people. *BMC Geriatr*. 2018 Nov 29; 18 (1): 295. DOI: 10.1186/s12877-018-0978-x. PMID: 30497404; PMCID: PMC6267905.
- Woodward M. C. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J. Pharm. Pract. Res.* 2003; 33: 323–328.
- Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of “deprescribing” with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2015; 80: 1254–1268.
- Hanlon JT, Schmader KE. The Medication Appropriateness Index at 20: where it started, where it has been, and where it may be going. *Drugs Aging*. 2013; 30: 893–900.
- Wallace E, McDowell R, Bennett K, Fahey T, Smith SM. Impact of potentially inappropriate prescribing on adverse drug events,

- health related quality of life and emergency hospital attendance in older people attending general practice: a prospective cohort study. *J Gerontol. Ser. A Biol Sci Med Sci*. 2016. Available from URL: <https://doi.org/10.1093/gerona/glw140>.
- Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2014; 13: 57–65.
- Passarelli MCG, Jacob-Filho W, Figueras A. Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging*. 2005; 22: 767–777.
- Reeve E, Shakib S, Hendrix I, et al. The benefits and harms of deprescribing. *Med J Aust*. 2014; 201 (7): 386–389.
- Reeve E, Denig P, Hilmer SN et al. The Ethics of Deprescribing in Older Adults. *Bioethical Inquiry* 13, 581–590 (2016). Available from URL: <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9736-y>.
- Reeve E, Low LF, Hilmer SN. Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: a qualitative focus group study. *Br J Gen Pract*. 2016 Aug; 66 (649): e552–60. doi: 10.3399/bjgp16X685669. Epub 2016 Jun 6. PMID: 27266865; PMCID: PMC4979944.
- Royal Pharmaceutical Society. Medicines optimisation: helping patients to make the most of their medicines. London: Royal Pharmaceutical Society; 2013. Available from URL: <http://www.rpharms.com/promoting-pharmacy-pdfs/helping-patients-make-the-most-of-their-medicines.pdf> (accessed 24 May 2016).
- Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit M, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012; 344: e256.

## References

- Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012; 65 (9): 989–95.
- Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, et al. Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1999–2012. *JAMA*. 2015; 314(17): 1818–31.
- Bradley MC, Motterlini N, Padmanabhan S, et al. Potentially inappropriate prescribing among older people in the United Kingdom. *BMC Geriatr*. 2014; 14: 72.
- Todd A, Jansen J, Colvin J, McLachlan AJ. The deprescribing rainbow: a conceptual framework highlighting the importance of patient context when stopping medication in older people. *BMC Geriatr*. 2018 Nov 29; 18 (1): 295. DOI: 10.1186/s12877-018-0978-x. PMID: 30497404; PMCID: PMC6267905.
- Woodward M. C. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract. Res.* 2003; 33: 323–328.
- Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of “deprescribing” with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2015; 80: 1254–1268.
- Hanlon JT, Schmader KE. The Medication Appropriateness Index at 20: where it started, where it has been, and where it may be going. *Drugs Aging*. 2013; 30: 893–900.
- Wallace E, McDowell R, Bennett K, Fahey T, Smith SM. Impact of potentially inappropriate prescribing on adverse drug events, health related quality of life and emergency hospital attendance in older people attending general practice: a prospective cohort study. *J Gerontol. Ser. A Biol Sci Med Sci*. 2016. Available from URL: <https://doi.org/10.1093/gerona/glw140>.
- Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2014; 13: 57–65.
- Passarelli MCG, Jacob-Filho W, Figueras A. Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging*. 2005; 22: 767–777.
- Reeve E, Shakib S, Hendrix I, et al. The benefits and harms of deprescribing. *Med J Aust*. 2014; 201 (7): 386–389.

12. Reeve E, Denig P, Hilmer SN et al. The Ethics of Deprescribing in Older Adults. *Bioethical Inquiry* 13, 581–590 (2016). Available from URL: <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9736-y>.
13. Reeve E, Low LF, Hilmer SN. Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: a qualitative focus group study. *Br J Gen Pract*. 2016 Aug; 66 (649): e552–60. doi: 10.3399/bjgp16X685669. Epub 2016 Jun 6. PMID: 27266865; PMCID: PMC4979944.
14. Royal Pharmaceutical Society. Medicines optimisation: helping patients to make the most of their medicines. London: Royal Pharmaceutical Society; 2013. Available from URL: <http://www.rpharms.com/promoting-pharmacy-pdfs/helping-patients-make-the-most-of-their-medicines.pdf> (accessed 24 May 2016).
15. Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit M, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012; 344: e256.