



ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ФГАОУ ВО «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»

Е.А. УШКАЛОВА



Е.А. Ушкалова

К началу 2013 года доля лиц в возрасте 65 лет и старше составила в среднем по России около 13%, а в некоторых регионах – 28% [1]. Прогнозируют, что в глобальной структуре населения к 2050 году она составит 22% [2]. В России к началу 2021 года ожидается увеличение числа людей в возрасте 65 лет и старше до 22,9 млн человек, 80 лет и старше – 5,5 млн человек; 100 лет и старше – 7266 человек [1]. Самой быстро растущей группой населения в экономически развитых странах являются лица 80 лет и старше [3, 4].

Данные доказательной медицины об эффективности и безопасности лекарственных средств (ЛС) у пожилых крайне ограничены, так как возраст >65 лет до сих остается одним из основных критериев невключения в рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) [5].

Между тем эффективность и безопасность терапии у пожилых больных может существенно отличаться от таковой у лиц среднего и молодого возраста, что связано с возрастными изменениями физиологии, приводящими к изменениям фармакокинетики и фармакодинамики многих лекарственных средств.

Другие факторы, осложняющие фармакотерапию у лиц пожилого возраста, включают в себя: «хрупкость» (frailty), соматическую и психическую коморбидность и связанную с ней полипрагмазию, социальные факторы (одиночество, беспомощность, бедность), низкую обучаемость и низкую приверженность лечению [6, 7].

«ХРУПКОСТЬ» И КОМОРБИДНОСТЬ

«Хрупкость», представляющая собой «биологический синдром снижения резерва и сопротивляемости стрессорным факторам, являющийся результатом кумулятивного снижения функций множественных физиологических систем и приводящий к уязвимости в отношении неблагоприятных исходов, включая падения, госпитализацию, инвалидность и смерть» [8], наблюдается у 6,9% лиц >65 лет, у 9,5% лиц 75–79 лет, у 16,3% лиц 80–84 лет и у 25% лиц ≥85 лет [8, 9]. Наряду с физической выделяют ментальную

хрупкость (нарушение мышления, тревога, снижение доверия и памяти) [10].

Для «хрупких» пациентов характерна более частая коморбидность, которая влечет за собой назначение ЛС несколькими врачами и является одним из основных факторов риска полипрагмазии, которая, в свою очередь, ассоциируется с повышенным риском развития нежелательных реакций (НР), включая неблагоприятные последствия лекарственных взаимодействий.

Некоторые сопутствующие заболевания, характерные для пациентов пожилого возраста, например, когнитивные расстройства, нарушения слуха и зрения, артриты мелких суставов, могут значительно снижать приверженность лечению из-за затруднений с пониманием рекомендаций врача и из-за инструкций по медицинскому применению ЛС, из-за сложностей с открытием флаконов со специальной защитой от детей и применения технических устройств для доставки ЛС (например, турбохалеров и небулайзеров).

Наиболее распространенная хроническая коморбидность у пожилых пациентов включает в себя артериальную гипертензию, другие сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, артриты, злокачественные новообразования, когнитивные нарушения и депрессию [12].

ПОЛИПРАГМАЗИЯ

В настоящее время пожилые пациенты, составляющие 13% населения, потребляют 33% всех рецептурных препаратов [13, 14]. Согласно данным зарубежных исследований,

Таблица 1. Среднее число ЛС, ежедневно принимаемых пациентами пожилого и старческого возраста в РФ [11]

Группа	Возраст (лет)					
	60	66	71	76	81	старше
Физически активные	6,7	6,0	5,5	5,8	5,9	5,6
Физически неактивные	5,8	6,3	6,5	8,2	8,0	5,3

примерно 40–50% амбулаторных пациентов пожилого возраста одновременно получают не менее пяти рецептурных препаратов [15, 16, 17], а около половины из них – дополнительно безрецептурные ЛС и/или БАДы [17]. Среднее число ЛС, ежедневно принимаемых пациентами пожилого и старческого возраста в РФ, представлено в таблице 1. В период госпитализации число одновременно принимаемых препаратов увеличивается [18].

Основными причинами полипрагмазии у пациентов пожилого возраста является хроническая коморбидность, влекущая за собой назначения ЛС врачами разных специальностей, а также сложные режимы фармакотерапии, рекомендуемые в руководствах по лечению различных заболеваний.

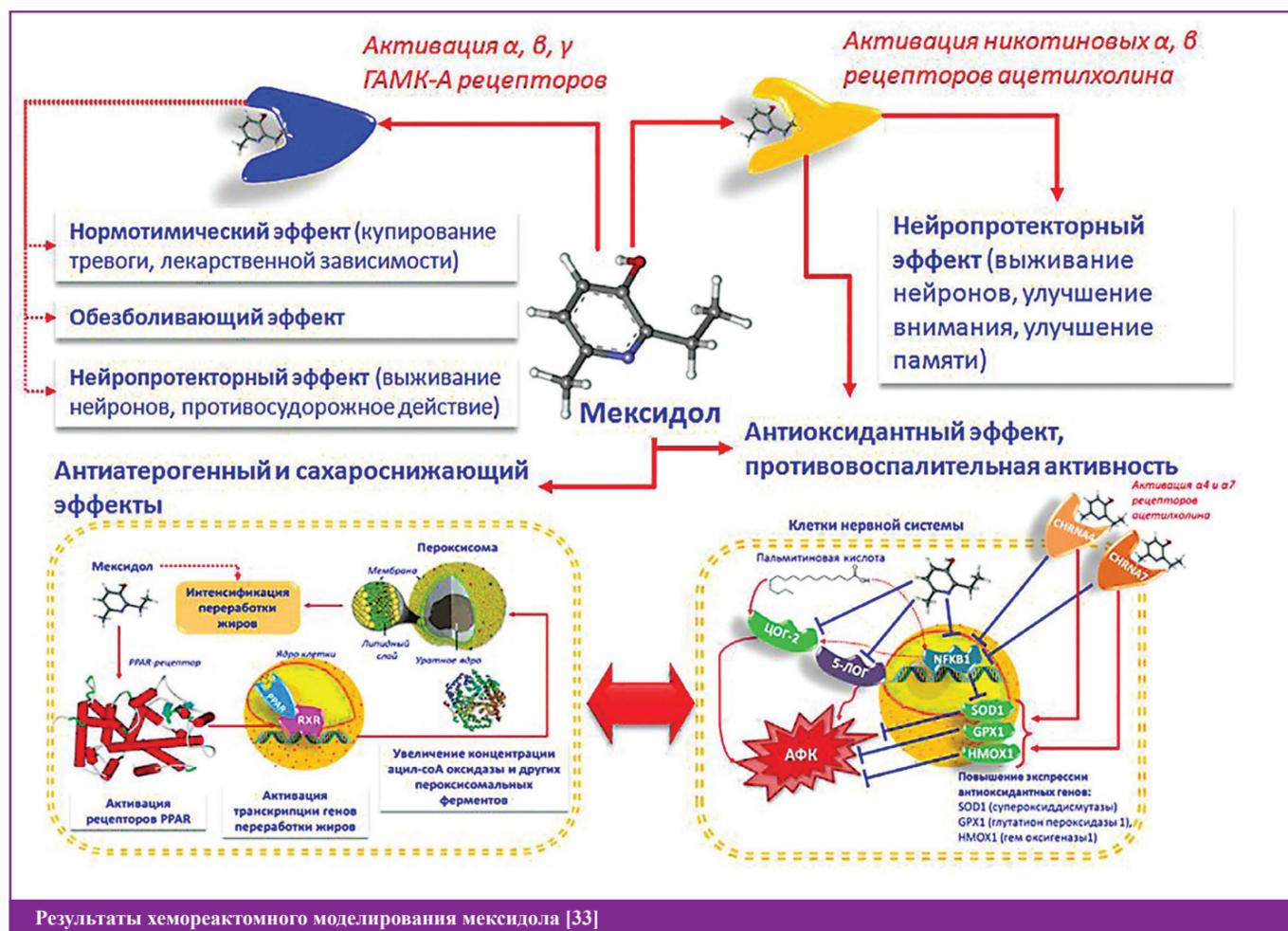
Полипрагмазия у пожилых приводит к серьезным негативным последствиям, включающим в себя:

- повышение частоты НР, развитие гериатрических синдромов;
- повышение частоты лекарственных взаимодействий;
- снижение приверженности лечению;
- снижение эффективности лечения;
- снижение качества жизни пациента;
- повышение частоты госпитализации;

- повышение смертности вследствие снижения эффективности и безопасности терапии;
- повышение стоимости лечения.

Негативные последствия полипрагмазии развиваются у каждого третьего пациента, получающего менее пяти ЛС, а около двух третей из них требуют медицинского вмешательства [19]. Риск развития НР у пожилых увеличивается с 10% (при применении 1 препарата) до 75% при одновременном применении более 5 ЛС [20], а риск лекарственных взаимодействий с добавлением каждого нового ЛС повышается в среднем на 8,6% [21]. При одновременном приеме 2–3 препаратов он составляет 39%, 4–5 – 88,8%, 6–7 – 100% [22].

Наиболее часто лекарственно-обусловленные проблемы у пожилых возникают при применении сердечно-сосудистых ЛС и ЛС, влияющих на ЦНС [23]. Результаты трех больших метаанализов свидетельствуют, что препараты этих групп наиболее часто ассоциируются с повышенным риском падений у лиц пожилого возраста, что сопряжено с повышенным риском переломов и их неблагоприятными последствиями, включая летальные исходы [24, 25, 26].





ВРАЧУ НА ЗАМЕТКУ

Таблица 2. Основные области применения различных лекарственных форм мексидола

Область медицины	Показания к применению
Неврология	Острые нарушения мозгового кровообращения, энцефалопатии различного генеза, черепно-мозговая травма, последствия черепно-мозговых травм, синдром вегетативной дистонии, легкие когнитивные расстройства атеросклеротического генеза, тревожные расстройства при невротических и неврозоподобных состояниях
Психиатрия	Купирование абстинентного синдрома с наличием в клинической картине неврозоподобных и вегетативно-сосудистых расстройств, острая интоксикация антипсихотическими средствами
Хирургия	Острые гнойно-воспалительные процессы брюшной полости (острый деструктивный панкреатит, перитонит)
Кардиология	Острый инфаркт миокарда (с первых суток) и ИБС в составе комплексной терапии
Офтальмология	Первичная открытоугольная глаукома различных стадий, в составе комплексной терапии

МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Для повышения эффективности и безопасности фармакотерапии у пожилых пациентов разработано большое количество инструментов, облегчающих выбор ЛС пожилым и их рациональное использование, наиболее широкое распространение среди которых получили критерии Beers [27] и критерии START/STOPP [28].

Другие рекомендации по оптимизации фармакотерапии у пожилых прежде всего направлены на сокращение числа ЛС и предупреждение негативных последствий полипрагмазии:

- выбирать приоритеты в лечении, избегать назначения «таблетки для каждого заболевания» (a pill for every ill), всегда рассматривать возможность нефармакологического лечения;
- ограничивать общее число применяемых ЛС;
- упрощать режимы фармакотерапии – по возможности использовать одно ЛС для лечения двух или большего числа патологических состояний, уменьшать количество таблеток на прием за счет применения новых лекарственных дозировок;
- применять ЛС в минимальной эффективной дозе, начинать лечение с более низкой (например, 50%) дозы, чем у лиц молодого и среднего возраста, с последующей ее титрацией до получения четкого терапевтического ответа (Start low and go slow);
- ограничивать использование антипсихотиков, антидепрессантов, бензодиазепинов и седативных/снотворных ЛС с целью снижения риска переломов;
- тщательно инструктировать пациентов и их родственников по приему ЛС [6, 7, 29, 30].

Упрощение режимов фармакотерапии и сокращение числа суточных доз ЛС не только предупреждают развитие побочных эффектов ЛС и негативных последствий лекарственных взаимодействий, но и являются наиболее эффективным методом улучшения приверженности пожилых пациентов лечению [31, 32].

МЕКСИДОЛ® В ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Помочь решить многие задачи, связанные с оптимизацией фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста, может отечественный препарат «Мексидол®» (этилметилгидроксипиридина сукцинат). Препарат оказывает антигипоксическое, мембранопротекторное, ноотропное, противосудорожное и анксиолитическое действие, повышает устойчивость организма к стрессу, оказывает антиатерогенное и сахароснижающее действие, нормализует метаболические процессы в ишемизированном миокарде, способствует сохранению ганглиозных клеток сетчатки и волокон зрительного нерва при прогрессирующей невропатии, улучшает функциональную активность сетчатки и зрительного нерва, увеличивая остроту зрения.

Основными механизмами действия Мексидола принято считать повышение активности антиоксидантной системы и активацию синтеза АТФ, однако эти механизмы не могут в полной мере объяснить все терапевтические эффекты препарата, в том числе ноотропный, противосудорожный, анксиолитический, которые играют важную роль в терапии пациентов пожилого и старческого возраста. Недавно опубликованные результаты хемореакционного анализа показали, что Мексидол® может обладать множественными механизмами действия, обуславливающими разнообразие

его фармакологических эффектов (рис.) [33]. В свою очередь, множественные эффекты препарата позволяют использовать его в различных областях медицины (таблица 2), в том числе у больных с сопутствующей патологией, что позволяет сократить количество ЛС, одновременно получаемых больным, и снизить риск развития лекарственных взаимодействий и других НР. Сам Мексидол®, по результатам хемореакционного анализа, отличается от молекул со сходным действием на ЦНС (холина альфосцерат, пирацетам, глицин, семакс) более благоприятным профилем безопасности и более низким потенциалом лекарственных взаимодействий, что обусловлено его меньшим влиянием на серотониновые, дофаминовые и адренергические рецепторы, меньшей степенью взаимодействия с калиевыми каналами сердца, ферментами МАО и цитохромами P450 [33].

Мексидол® относится к хорошо изученным препаратам как с точки зрения эффективности, так и с точки зрения безопасности. За 10 лет его присутствия на фармацевтическом рынке опубликовано более 350 научных работ, изучавших препарат у пациентов разного возраста с болезнью Паркинсона, черепно-мозговой травмой, эпилепсией, инфекциями, сердечно-сосудистыми, офтальмологическими, хирургическими, психическими и другими заболеваниями. В частности, в мультицентровом, рандомизированном, двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании «ЭПИКА» включение последовательного применения Мексидола® в длительную базисную терапию пациентов с полушарным ишемическим инсультом (средний возраст около 64 лет) в остром и раннем восстановительном периодах способствовало значительно более выраженному уменьшению неврологических симптомов и функциональных нарушений

к 9–10-й неделе терапии [34]. При этом уже к первой неделе лечения у пациентов, получавших Мексидол®, наблюдалась не только положительная динамика в отношении разрешения неврологической симптоматики, но и симптомов депрессии. Доля пациентов, достигших удовлетворительного и хорошего восстановления к концу лечения в группе Мексидола®, в том числе среди пациентов с сопутствующим сахарным диабетом, приближалась к 100%. У 86,9% пациентов отсутствовали проблемы с передвижением; у 78,7% – не было проблем с самообслуживанием; у 70,5% – с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности, проведение досуга); у 85,2% – отсутствовали боль и чувство дискомфорта; 88,5% пациентов не испытывали тревогу и депрессию. Достоверное улучшение качества жизни пациентов в группе Мексидола® отмечалось, начиная с первой недели лечения, с сохранением преимуществ к окончанию лечения и показало преимущество его включения в базисную терапию. Безопасность и переносимость последовательной терапии Мексидолом® не отличалась от таковой плацебо.

Таким образом, результаты этого и других исследований свидетельствуют о том, что Мексидол® является перспективным препаратом для терапии пожилых пациентов, что обусловлено:

- многообразием фармакологических эффектов, позволяющих применять его у больных с коморбидностью для лечения нескольких патологий и, таким образом, предотвращать полипрагмазию и ее негативные последствия;
- благоприятными центральными эффектами, позволяющими избежать или ограничить применение антипсихотиков, антидепрессантов, бензодиазепинов и других препаратов, способных вызывать серьезные НР у пожилых, в том числе повышать риск падений и связанных с ними переломов;
- благоприятным профилем безопасности и хорошей переносимостью больными пожилого возраста;
- низким риском лекарственных взаимодействий;
- благоприятным влиянием на качество жизни пациентов. ■

За списком литературы обращайтесь в редакцию



НОВОСТИ НЕВРОЛОГИИ

В областной детской больнице им. Н.Н. Силицевой прошла акция в поддержку людей, страдающих эпилепсией (Астраханская область)

В апреле в структурном подразделении ОДКБ имени Н.Н. Силицевой прошло мероприятие, посвященное Всемирному дню поддержки людей с эпилепсией, который получил название «Фиолетовый день».

Это ежегодное международное мероприятие, целью которого является повышение осведомленности о таком заболевании, как эпилепсия. Однажды девятилетняя девочка Кессиди Меган, страдающая от эпилепсии, решила показать другим людям, что она ничем не отличается от них. За свои девять лет ребенок уже успел ощутить на себе некоторое пренебрежение со стороны взрослых и сверстников, которые воспринимали ее заболевание не совсем адекватно, считая его чем-то вроде легкой формы сумасшествия. Чтобы развеять мифы о болезни, Кессиди в 2008 году и придумала «Фиолетовый день». В этот день, 26 марта, все желающие могут выразить поддержку людям, которые живут с диагнозом «эпилепсия».

В Астраханской области около 1500 тысячи детей и подростков с различными формами эпилепсии. С сентября 2010 года в России было организовано некоммерческое партнерство «Объединение врачей-эпилептологов и пациентов». В 2013 году в Астраханской области было зарегистрировано региональное

представительство этого объединения, руководителем которого является кандидат медицинских наук доцент кафедры неврологии АГМУ, врач-эпилептолог Жужжанна Цоцонава. Именно данное объединение стало организатором мероприятия для взрослых и детей.

Высказать свою поддержку людям с эпилепсией пришли учащиеся общеобразовательной школы № 39 г. Астрахани, которые исполнили зажигательные танцевальные и вокальные номера. Затем участники волонтерского движения «Маленький Ангел», больничные клоуны Луша и Шнурок рассказали пациентам в наглядной форме, что надо сделать, увидев у человека приступ эпилепсии. Завершился праздник мастер-классом по изготовлению фиолетового цветка – символа поддержки людям, которые живут с диагнозом «эпилепсия».

<https://www.rosminzdrav.ru/>

В Забайкалье появятся в этом году 10 реабилитационных центров

В Забайкальском крае продолжается работа по созданию сети специализированных амбулаторных реабилитационных центров. В этом году в дополнение к существующим планируется создать десять, до конца 2020 года такие центры будут обустроены в каждом районе.

На данный момент в Забайкальском крае десять реабилитационных центров, в том числе восемь – при медицинских

организациях и два – на базе читинской школы № 49 и мирсановской казачьей школы, где реализуется проект «Школа – территория здоровья».

«В ближайшее время центры откроются в центральных районных больницах в Сретенске и Нерчинске. В Нерчинске полностью приобретено все оборудование – базовые тренажеры, тренажеры для кардиореабилитации, многофункциональный тренажер Бубновского, инвентарь для ЛФК. Проводится ремонт помещения. В Сретенске продолжается ремонт и допоставка оборудования», – рассказывает главный внештатный специалист по амбулаторной реабилитации министерства здравоохранения Забайкальского края Максим Лобецкий.

Отметим, что в Забайкалье создана и успешно функционирует уникальная система работы реабилитационной службы. В ее состав входят отделения стационаров, поликлиник, специализированные амбулаторные реабилитационные центры. Инструкторы и врачи ЛФК проходят необходимое обучение как на базе читинских медицинских организаций, так и с привлечением московских специалистов.

Главная задача такой работы – чтобы восстановление после тяжелых заболеваний и травм было максимально доступными для населения, в том числе и отдаленных территорий региона.

<https://www.rosminzdrav.ru/>