

«Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». – Геленджик, 2008. – С.50.

7. Касумов Н.А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы // Хирургия. – 2007. – №4. – С.62-65.

8. Скворцов М.Б., Кожевников М.А., Ипполитова Н.С. и др. Пластика пищевода желудком у детей с рубцовыми стриктурами и ее клиническая оценка // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – №8. – С.55-65.

9. Чернявский А.А., Рыжов М.К. Выбор способа завершения изоперистальтической трубчатой эзофагопластики на основании интраоперационной оценки кровоснабжения желудочно-го трансплантата // Хирургия. – 2008. – №2. – С.26-32.

10. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А., Балалыкин Д.А. Болезни искусственного пищевода. – М.: Видар, 2008. – 690 с.

11. Aghajanzadeh M., Safarpour F., Koohsari M.R., et al. Functional outcome of gastrointestinal tract and quality of life after esophageal reconstruction of esophagus cancer // Saudi J. Gastroenterol. – 2009. – №15(1). – P.24-28.

12. Chirica M., Veyrie N., Munoz-Bongrand N., et al. Late morbidity after colon interposition for corrosive esophageal injury: risk factors, management, and outcome. A 20-years experience // Ann. Surg. – 2010. – №252(2). – P.271-280.

13. Khan A.Z., Nikolopolous I., Botha A.J., Mason R.C. Substernal long segment left colon interposition for oesophageal replacement // Surgeon. – 2008. – №6(1). – P.54-56.

14. Knezević J.D., Radovanović N.S., Simić A.P., et al. Colon interposition in the treatment of esophageal caustic strictures: 40 years of experience // Dis. Esophagus. – 2007. – №20(6). – P. 530-534.

Информация об авторах: Чикинев Юрий Владимирович – д.м.н., заведующий кафедрой, e-mail: chikinev@inbox.ru, тел. (383) 346-30-66; Дробязгин Евгений Александрович – к.м.н., ассистент, эндоскопист, e-mail: evgenyidrob@inbox.ru, тел. (383) 346-30-66, (383) 315-98-38; Беркасова Инесса Викторовна – к.м.н., ассистент, анестезиолог-реаниматолог, e-mail: ness-24@yandex.ru; Кутепов Антон Вадимович – к.м.н., ассистент, врач торакальный хирург, e-mail: ant-ku@cn.ru; Судовых Ирина Евгеньевна – к.м.н., врач-эндоскопист, e-mail: artz77@mail.ru; Коробейников Александр Владимирович – врач торакальный хирург, заведующий отделением; Котельников Александр Иванович – врач торакальный хирург.

ЛЕКЦИИ

© БАЛАБИНА Н.М. — 2012
УДК: 616.053.9:378

ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО УЧАСТКА

Наталья Михайловна Балабина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Балабина)

Резюме. Анализ литературных источников показал, что для сохранения здоровья населения старшего возраста участковым терапевтам необходимо знать и учитывать анатомо-физиологические особенности организма пожилого пациента, с учетом которых назначать антибиотики и антигипертензивные препараты, что позволит значительно снизить риск нежелательных эффектов от лекарств.

Ключевые слова: пожилой пациент, лекарственная терапия, участковый терапевт.

THE PECULIARITIES OF MEDICINAL THERAPY OF ELDERLY PATIENT IN THE CONDITIONS OF THERAPEUTIC STATION

N.M. Balabina

(Irkutsk State Medical University)

Summary. The analysis of references has shown, that for preservation of health of the population of advanced age it is necessary for local therapists to know and consider anatomy-physiological features of an organism of the elderly patient in view of which to appoint antibiotics and preparations decreasing blood pressure that will allow to lower risk of undesirable effects considerably.

Key words: elderly patient, medicinal therapy, divisional therapist.

Человечество стремительно стареет. По прогнозам ВОЗ, в ближайшее десятилетие число жителей Земли, которым исполнится более 60 лет, перевалит за миллиард [28,30,32]. Поэтому сохранение здоровья населения старшего возраста участковым терапевтом имеет огромное общественное и экономическое значение. От этого зависит степень участия пожилых людей в производственной и общественной полезной деятельности, расходы на здравоохранение и социальное обеспечение, а также затраты времени трудоспособных членов семьи на уход за больными и немощными [1,7,10]. Результаты исследований разных лет показывают, что существенное увеличение в структуре населения на терапевтических участках численности лиц пожилого возраста сопровождается закономерным увеличением заболеваемости в этой возрастной группе [2,25]. Лица пожилого возраста употребляют лекарств гораздо больше, чем молодые, так как имеют,

как правило, не одно хроническое заболевание и чаще нуждаются в медицинском обслуживании. Особенности фармакотерапии пожилых пациентов связаны с их возрастом, подбором препаратов и спецификой воздействия лекарственных средств (ЛС) на организм пожилого человека [18,35]. В случае, когда каждое из имеющихся заболеваний требует постоянной лекарственной терапии, в несколько раз возрастает риск развития неблагоприятных эффектов от принимаемых препаратов. Поэтому общие подходы к применению ЛС у пожилых неприменимы, так как в этой группе пациентов выше риск развития побочных реакций лекарственных препаратов [5,12,17]. На наш взгляд, это связано с различными причинами: одновременным употреблением нескольких ЛС пожилым пациентом, широкой распространенностью сосудистых, почечных и неврологических расстройств в этой возрастной группе, а также возрастными изменениями фар-

макокинетики и фармакодинамики ЛС. Следовательно, при подборе лечения пожилому пациенту участковому терапевту необходимо учитывать возрастные особенности метаболизма и выявлять пациентов с высоким риском нежелательных реакций [14,21,30]. Информация об особенностях фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте для участкового терапевта чрезвычайно важна, так как многие медицинские работники и сами пациенты недооценивают возможные неблагоприятные последствия от взаимодействия ЛС.

Анатомо-физиологические особенности людей пожилого возраста оказывают влияние на фармакокинетические параметры ЛС. Вследствие уменьшения массы тела, снижения содержания воды и увеличения образования жировой ткани меняется распределение ЛС в организме [3,9,15]. Снижение массы печени, скорости печеночного кровотока и активности ферментов приводит к нарушению метаболизма некоторых антибактериальных препаратов, например, макролидов и требует уменьшения их дозы. Особенности фармакодинамических эффектов у пожилых и старых людей проявляются возрастанием частоты лекарственных осложнений. В возрасте старше 60 лет лекарственные осложнения встречаются приблизительно в 2 раза чаще, чем у 20-летних пациентов, а после 70 лет — в 7 раз [20,27]. При увеличении числа используемых ЛС частота побочных реакций возрастает с 7 до 24. Естественно, что в такой ситуации предпочтительнее моно-, а не полифармакотерапия. Однако при лечении пожилых ограничиваться одним, двумя и даже тремя препаратами удается редко. В связи с множественностью заболеваний две трети лиц старше 65 лет принимают от 5 до 12 таблеток в день. Поэтому у пожилых особенно важно учитывать реакции взаимодействия различных ЛС при их одновременном назначении [1,4,9].

В то же время, распространенные схемы фармакотерапии разработаны и испытаны, как правило, без учета особенностей воздействия лекарственных средств на пациентов старших возрастов. Производители препаратов не уделяют должного внимания проблеме особенностей влияния выпускаемых ими лекарственных средств на пожилых больных [3]. С возрастом связаны и сложности, которые возникают у пациентов при приеме медикаментов. Старики забывают вовремя принимать лекарства, путают препараты между собой, не могут правильно использовать технические устройства для доставки лекарственных средств (турбохалер, небулайзер и т.д.).

К особенностям медицинского обслуживания пожилых пациентов в поликлинике можно отнести следующие факторы: отсутствие возможности выбора врача; отсутствие возможности выбора лекарств; привязанность пожилых пациентов к «льготным лекарствам»; ориентация на «малобюджетные» способы лечения [3,11]. Нередко пожилые люди обращаются к врачу, будучи уверенными в непогрешимости тех лекарств, которые они получали много лет назад. Зачастую устаревшие лекарства они назначают себе сами, даже вопреки мнению специалиста. Во многом такая ситуация связана с тем, что по целому ряду позиций пожилые относятся к так называемой «социально незащищенной» группе людей, поэтому не могут себе позволить приобретать современные дорогостоящие препараты [6,13]. Одним из зол фармакотерапии пожилых людей является полипрагмазия, которая значительно увеличивает риск побочных реакций лекарственных препаратов, зачастую снижает лечебное действие этих препаратов благодаря антагонистическому действию многих лекарств. Поэтому применение множества ЛС у пациентов старческого возраста настолько же бессмысленно, насколько бессмысленно применение у данной группы больных, например, гормональных контрацептивов.

Невозможно перечислить все возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, однако каждый участковый терапевт, рекомендуя тот или иной препарат пожилому человеку, должен быть осведомлен о наиболее часто встречающихся нежелательных явлениях и о том, какие лекарства их вызывают [16,24].

Среди всех случаев побочных реакций на медикаменты около 10% составляют реакции на антибактериальные средства. При этом пероральный прием препаратов наиболее безопасен в отношении аллергических реакций. В силу возрастных изменений почек (уменьшение их массы и количества функционирующих нефронов; снижение почечного

кровотока, скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции) замедляется элиминация многих антибиотиков (пенициллинов, аминогликозидов, карбапенемов и др.). Кроме того, аминогликозиды и некоторые макролиды повышают риск ототоксичности и вестибулотоксичности, а у пожилых достаточно часто встречаются те или иные нарушения со стороны органов слуха и вестибулярного аппарата [8,19]. При этом диагностика поражения органа слуха при лечении аминогликозидами часто оказывается запоздалой из-за обычно нечетких первых признаков ототоксического действия. Обычно снижение слуха симметричное и двустороннее. Вестибулопатия проявляется нарушением равновесия при ходьбе, тошнотой при резких поворотах головы, ощущением опьянения [22]. Такие больные могут предъявлять жалобы и на расстройства зрения. Поражения слуха при лечении аминогликозидами иногда бывают очень тяжелыми, приводящими к полной глухоте. Вестибулярные расстройства регрессируют после отмены антибиотика. Ототоксическое действие аминогликозидов объясняется их повышенной концентрацией в плазме крови, перилимфе внутреннего уха. Особенно чувствительны к токсическому действию аминогликозидов сенсорные клетки кортиева (спирального) органа, которые не регенерируют после поражения [26]. Этим объясняется необратимость ототоксических осложнений. Очень опасно применение аминогликозидов у больных с нарушением функции почек, поскольку в этих случаях возрастает их концентрация в крови и, следовательно, в эндолимфе внутреннего уха. Кураре-подобное действие (нервно-мышечная блокада) аминогликозидов проявляется параличами, в частности дыхательной мускулатуры.

Побочными эффектами макролидов у пожилых могут быть поражения печени и потенцирование нарушений ритма сердца, которые нередки в этой возрастной группе [23]. Таким образом, пожилым пациентам с нарушением функции печени и больным с заболеваниями сердца следует назначать меньшие дозы макролидов или применять антибиотик другой группы.

Частыми побочными эффектами терапии тетрациклинами является раздражение слизистой желудочно-кишечного тракта особенно поражения пищевода разной степени. Большинство случаев этой лекарственной патологии остается недиагностированной [29]. Клинически приблизительно у 3/4 больных отмечаются боли при глотании или загрудинные боли по типу стенокардии, в 20% случаев — дисфагия. С целью профилактики лекарственных эзофагитов лица, страдающие заболеваниями пищевода, должны принимать тетрациклины с максимальным количеством воды и находясь в вертикальном положении. Больным, ранее перенесшим лекарственный эзофагит, лучше принимать ЛС в форме суспензии или раствора [31]. У больных с хронической почечной недостаточностью тетрациклины (за исключением доксициклина, выделяющегося с калом) увеличивают содержание азота в крови. Таким больным тетрациклины следует назначать осторожно. В свою очередь фармакокинетика доксициклина у пациентов с нарушенной функцией почек не меняется. Фототоксические дерматиты описаны для всех препаратов этой группы. В настоящее время считают, что фоточувствительность является скорее токсической реакцией, чем аллергической, и связана с накоплением лекарств в коже [33]. Редким осложнением терапии тетрациклинами является геморрагический диатез. Его возникновение объясняют влиянием лекарств на эндогенную продукцию витамина К. Побочные эффекты взаимодействия тетрациклинов чаще всего связаны с одновременным приемом пищи и двухвалентных металлов (кальций, магний и др.) и препаратов железа. Трехчасовой интервал между приемом ЛС исключает подобное взаимодействие [34]. Однако учитывая элемент полифармакотерапии, лучше выбрать антибиотик с продолжительностью действия 12-24 часа и таким образом с одно- или двукратным приемом в сутки. В настоящее время наиболее часто применяемым антибиотиком из группы тетрациклинов в условиях поликлиники является доксициклин. Более того, в последние годы спектр показаний к назначению доксициклина значительно расширился. Доказана эффективность доксициклина при ревматических болезнях. Получены данные, позволяющие обсуждать возможность предупреждения метастазирования злокачественных опухолей путем применения доксициклина [12,22]. Теоретически доказано, что длительная терапия доксициклином способна

задержать прогрессирующее увеличение аневризмы аорты, серьезного заболевания, которое обычно развивается в пожилом возрасте и может привести к смерти. Доксидиклин в виде солютаба хорошо переносится и редко вызывает серьезные осложнения.

Достаточно часто в амбулаторной практике встречаются ошибки при лечении артериальной гипертензии у пожилых пациентов. Это, во-первых, применение устаревших препаратов. Пожилые пациенты привыкли к определенной группе препаратов и продолжают принимать только их. Врач же зачастую не старается разубедить больного. Во-вторых, отсутствие адекватного контроля эффекта лечения [12]. Целевыми уровнями артериального давления у пожилых больных следует считать: в общем случае <140/90 мм рт. ст.; при сахарном диабете — <130/80 мм рт. ст.; при протеинурии > 1 г/сут. — <125/75 мм рт. ст. В-третьих, резкое и быстрое снижение АД пожилых в связи с наличием у них выраженного склероза мозговых артерий и высокого риска, как минимум, транзиторной ишемической атаки, а как максимум — развития инфаркта мозга. В-четвертых, отсутствие рекомендаций по изменению образа жизни [13]. Почему-то считается, что пожилых людей поздно переучивать. Между тем, рекомендация начать лечение артериальной гипертензии с изменения образа жизни (снизить, к примеру, потребление соли и жид-

кости) в группах минимального риска, возможно, позволит в дальнейшем избежать той самой «полипрагмазии» у значительной части пациентов [15]. В-пятых, назначение пациентам с низкой комплаентностью препаратов, обладающих синдромом отмены (клонидин, бета-блокаторы). Старые люди не отличаются высокой дисциплинированностью в отношении приема лекарственных средств. Вероятность того, что оставленный без присмотра родных человек с инволюционными изменениями памяти перестанет в какой-то момент принимать, например, бета-адреноблокатор, довольно велика [22]. Подобная отмена может привести к самым серьезным последствиям: гипертонический криз, нарушения сердечного ритма, дестабилизация стенокардии, развитие инфаркта миокарда и даже внезапная смерть [25].

В заключение следует отметить, что в настоящий момент участковым терапевтам для того, чтобы сделать жизнь пожилых людей эмоционально насыщенной и менее тягостной в физическом отношении, должен при назначении лекарственного препарата пожилому человеку учитывать все возможные негативные последствия от этого назначения. Немалая роль в решении этой проблемы принадлежит учету анатомо-физиологических особенностей лиц пожилого возраста, которые и определяют фармакодинамику лекарственного вещества в организме пожилого больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев Ф.Т., Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С.162-187.
2. Антибактериальная терапия / Под ред. Л.С. Страчунского и др. — М., 2007. — С.191-215.
3. Гастроэнтерология. Клинические рекомендации. — Вып. 2. — М., 2008. — С.401-479.
4. Гастроэнтерология. Национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина. — М., 2008. — С.321-378.
5. Баранов А.А., Беленков Ю.Н., Володин Н.Н. и др. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. — Вып. 2. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С.312-443.
6. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией / Под ред. В.С. Моисеева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С.201-326.
7. Генетический паспорт — основа индивидуальной и предсказательной медицины / Под ред. В.С. Баранова. — СПб.: Н-Л, 2009. — С.275-393.
8. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. — Пер. с англ. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С.125-423.
9. Заболевания внутренних органов в амбулаторной практике / Под ред. В.Г. Радченко. — СПб.: Диалект, 2008. — С.102-164.
10. Звенигородская Л.А., Бондаренко Е.Ю., Чикунова Б.З. Клинические особенности и роль НР у пожилых больных с язвенной болезнью // РМС. — 2006. — №8(1). — С.1-5.
11. Ивахненко И.В., Куличенко Л.Л. Бронхообструктивный синдром в практике участкового терапевта. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2007. — С.123-198.
12. Кардиология. Национальное руководство / Под ред. Ю.Н. Беленкова и др. — М., 2007. — С.215-293.
13. Кардиология. Клинические рекомендации / Под ред. Ю.Н. Беленкова и др. — М., 2007. — С.126-187.
14. Куличенко Л.Л., Чернышев Е.П., Колесникова И.Ю. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в практике врача терапевта больницы и амбулаторно-поликлинического звена: Учебное пособие для самостоятельной подготовки студентов, интернов и клинических ординаторов. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. — С.43-61.
15. Неотложная помощь в терапии и кардиологии: Рук-во / Под ред. Ю.И. Гринштейна. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С.143-162.
16. Нефрология. Национальное руководство / Под ред. Н.А. Мухина. — М., 2008. — С.32-134.
17. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: учебное пособие / Под ред. В.З. Кучеренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С.12-21.
18. Пульмонология. Национальное руководство. / Под

ред. А.Г. Чучалина. — М., 2008. — С.78-201.

19. Пульмонология. Клинические рекомендации / Под ред. А.Г. Чучалина. — М., 2008. — С.104-189.
20. Рациональная антимикробная фармакотерапия: Рук-во для практикующих врачей / Под ред. В.П. Яковлева, С.В. Яковлева. — М.: Литтерра, 2003. — С.126-198.
21. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: Рук-во для практикующих врачей / А.Г. Чучалин, С.Н. Авдеев и др. — М.: Литтерра, 2004. — С.179-283.
22. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство для практических врачей / Под ред. Е.И. Чазова, Ю.Н. Беленкова. — М.: Литтерра, 2006. — С.201-253.
23. Рациональная антимикробная фармакотерапия / Под ред. В.П. Яковлева, С.В. Яковлева. — М., 2003. — 1001 с.
24. Рациональная фармакотерапия. Справочник терапевта: Рук-во для практикующих врачей / Под ред. Л.И. Дворецкого. — М.: Литтерра, 2007. — С.56-172.
25. Реабилитация кардиологических больных / Под ред. К.В. Лядова, В.Н. Преображенского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — С.253-301.
26. Руководство по первичной медико-санитарной помощи / Под ред. А.А. Баранова, И.Н. Денисова, А.Г. Чучалина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С.204-281.
27. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С.264-172.
28. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 т. / Под ред. А.С. Мелентьева, В.Н. Ярыгина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — С.172-216.
29. Руководство по клиническому обследованию больного. — Пер. с англ. — М., 2008. — С.102-125.
30. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова и др. — М., 2007. — С.346-417.
31. Руководство по рациональному использованию лекарственных средств (формуляр) / Под ред. А.Г. Чучалина и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С.251-305.
32. Руководство по медико-социальной работе в геронтологии / Под ред. П.И. Сидорова, Р.В. Банниковой. — Архангельск, 2000. — 289 с.
33. Руксин В.В. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология: Краткое руководство. — М., 2007. — С.54-89.
34. Уорд Д., Уорд Д., Лич Р., Винер Ч. Наглядная пульмонология: учебное пособие. — Пер. с англ. — М., 2008. — С.101-145.
35. Чазова И.Е., Ратова Л.Г. Комбинированная терапия артериальной гипертензии. — М.: МедиаМедика, 2007. — С.231-262.
36. Staessen J., Fagard R., Lijnen P., et al. The hypotensive effect of propranolol in captopril-treated patients does not involve the plasma renin-angiotensin-aldosterone system // Clin Sci. — 1981. — Vol. 61. — P.441-444.