

Особенности медикаментозной терапии в гериатрической практике.

Особенности физиологии пожилого возраста требует чрезвычайной осмотрительности при выборе лекарственных средств и их доз.

Основной задачей лечения больных пожилого возраста является восстановление и поддержание такого функционального состояния, которое необходимо для сохранения привычного образа жизни, поддержания возможностей независимости от окружающих и способности к самообслуживанию.

Сама жизнь диктует развитие такого направления в медицине, как гериатрическая фармакотерапия, так как проблема профилактики и течения больных старших возрастных групп является одной из важнейших ее проблем.

Геронтофармакология предполагает рациональное использование лекарственных средств с учетом физиологических, ментальных и социальных особенностей пожилых больных.

Каждый медикамент — это вмешательство в течение физиологических процессов организма. Известна также важная роль дозы, даже таких повседневных ингредиентов, как витамины и минеральные вещества. Средства заместительной терапии (гормоны, ферменты, биологически активные соединения, осуществляющие медиаторную функцию) имеют особенности своего метаболизма при применении в позднем возрасте, в связи с чем по отношению к ним необходим индивидуальный подбор дозировок. Занимаясь выбором средств для лечения пожилых пациентов, необходимо учитывать возрастные особенности фармакокинетики.

Параметры фармакотерапии	Физиологические изменения, связанные с возрастом	Патологические состояния, усугубляющие выраженность расстройств фармакокинетики	Дополнительные воздействия на фармакокинетику
Абсорбция (всасывание)	Повышение рН желудочного сока, уменьшение всасывающей поверхности. Уменьшение мезентериального кровотока. Ослабление моторной функции желудочно-кишечного тракта	Ахлоргидрия (атрофический гастрит). Диарея. Гастроэктомия. Синдром нарушенного всасывания. Панкреатит. Мезентериальный тромбоз	Прием антацидных средств. Холиолитические средства. Взаимодействие лекарственных препаратов. Пищевые продукты, тормозящие всасывание
Распределение лекарств	Уменьшение содержания воды в организме; уменьшение массы мышечной ткани	Дегидратация. Почечная недостаточность. Истощение (вторичная алиментарная)	Нарушения связывания белков-носителей и рецепторов с лекарством
Метаболизм лекарств	Уменьшение массы жировой ткани. Снижение скорости почечного кровотока.	Застойная сердечная недостаточность. Лихорадка.	Состав пищи. Взаимодействие лекарственных средств. Ускорение
Экскреция (выведение)	Уменьшение скорости почечного кровотока.	Гиповолемия. Почечная недостаточность	Взаимодействие лекарственных

Приведенные в таблице сведения важны для медицинских работников, поскольку помогают принимать грамотные решения относительно определения показаний для выбора лекарств, понимания малой эффективности некоторых средств. Это позволяет выработать следующие правила медикаментозной терапии лиц пожилого возраста:

1. Медикаментозное лечение оправдано и показано лишь в том случае, если точно определена мишень терапевтического воздействия: обратимый патологический процесс, нарушающий состояние больного; наличие расстройств поведения, дезорганизирующих жизненный ритм пациента и нарушающих взаимодействие в среде его обитания.

2. При выборе медикамента в первую очередь учитываются противопоказания к их применению исходя из особенностей состояния пациента. Высокая вероятность развития тяжелых осложнений терапии исключает возможность использования лекарств, механизм действия которых способен потенцировать естественные процессы расстройства жизненно важных функций (снижение сократимости миокарда, усугубление расстройств его проводимости, снижение возбудимости сосудодвигательного и дыхательного центров и др.).

3. Различные варианты лекарственного взаимодействия (при всасывании, распределении, метаболизме и выведении медикаментов) предполагают насущную необходимость назначения минимально необходимого числа лекарств (обычно не более 1-2 средств), терапевтическую эффективность и переносимость которых легче оценить и проконтролировать.

4. При выявлении множественной патологии следует вначале организовать лечение основного, наиболее опасного заболевания, планируя на последующих этапах терапии последовательное включение в терапевтическую программу новых препаратов, необходимых для решения конкретных клинических задач. Не допускать полипрагмазии.

5. При организации лечения следует, во-первых, определиться с постоянной поддерживающей терапией, назначенной ранее для пожизненного применения (сердечные гликозиды, диуретики, средства контроля АД, средства заместительной терапии, стероидные гормоны и др.). Коррекция лекарственной терапии пациентов старших возрастных групп должна проводиться не реже двух-трех раз в год, а также после каждой консультации специалиста.

6. Учитывая высокий риск побочных реакций, следует при возможности начинать лечение с наименее опасных медикаментов в малых дозировках, постепенно повышая их. Требуется сугубая индивидуализация лечения, подбор оптимальных для данного больного доз лекарственных препаратов. *Использовать правило малых доз (половину, одну треть общепринятой дозы), затем медленно повышать ее до достижения лечебного эффекта и регулировать поддерживающую дозу.*

7. При применении лекарственных средств, воздействующих на жизненно важные физиологические процессы, поддержание постоянства которых необходимо для выживания (артериальное давление, диурез, уровень содержания в плазме крови калия, натрия, кальция, магния, определенной величины онкотического давления), следует избегать резких изменений величины определенных параметров.

8. Для всех медикаментов с почечным путем выведения необходимо уменьшение полной терапевтической дозы соответственно величине клиренса креатинина.

9. Не следует избегать или ограничивать активность симптоматической терапии, направленной на симптомы болезненных состояний, способных усугубить тяжесть субъективного переживания болезни и провоцировать вторичные психосоматические расстройства.

10. Рекомендации о необходимости соблюдения осторожности при лечении больных старческого возраста не должны перерасти в терапевтический нигилизм. В критическом состоянии помощь гериатрическому больному оказывается по общим правилам, но с учетом приведенных выше соображений. Так, при купировании гипертонического криза не следует добиваться быстрого и значительного снижения АД, которое может привести к уменьшению локального кровообеспечения зон, имеющих исходно неблагоприятные условия (локальные атеросклеротические стенозы). Облегчение состояния больного в части случаев может быть достигнуто пероральным или внутримышечным введением гипотензивных средств. Внутривенное применение лекарственных препаратов необходимо только при возникновении висцеральных осложнений, прямо угрожающих жизни.

11. Необходимо иметь в виду психологические особенности больного, затрудняющие его активное участие в лечении (забывчивость, недостаточную внимательность, неадек-

ватность в реакциях). Преодоление этих обстоятельств достигается:

применением одно- или двухкратного приема препаратов в течение дня;
подбором лекарственной формы, наиболее приемлемой для больного;
назначением таблетированных лекарственных препаратов, так как жидкие лекарственные формы могут быть неверно дозированы пожилыми пациентами с нарушенной координацией движений, страдающими плохим зрением, плохой памятью; ингаляционный и ректальный пути введения также могут вызывать трудности у пожилых и старых пациентов;

тщательным инструктированием пациента и его попечителей, подробными записями, объяснениями;

четким обозначением места, где хранятся лекарства, специальными этикетками;
предложением вести дневник или календарь во время лечения, в которых записывать характеристику новых ощущений, связанных с лечением.

12. Должен быть контроль за потреблением жидкости и выделением мочи. Старые люди потребляют мало жидкости, что может способствовать развитию лекарственной интоксикации.

13. Длительный прием многих препаратов (успокаивающих, обезболивающих, снотворных) ведет к привыканию к ним и повышению их дозировок, увеличивает опасность интоксикации. Нужна частая замена лекарств, перерывы в их приеме.

Ятрогении — это своего рода теневая сторона современной клинической и профилактической медицины. В современной литературе даются различные определения ятрогении. В целом под ятрогенией следует понимать возможные известные и неожиданные следствия любого медицинского вмешательства (патогенетически не связанные с исходным заболеванием), приведшие к летальному исходу, тяжелым осложнениям и инвалидизации или закончившиеся без последствий.

Наличие в позднем возрасте двух и более заболеваний, конкурирующих в выраженности клинических проявлений, прогностической зависимости, влиянии на качество жизни, часто является объективной предпосылкой вынужденной полипрагмазии, что, естественно, увеличивает риск медикаментозных осложнений. Так, при увеличении числа принимаемых лекарств до 10 частота побочных эффектов достигает 10%, а смертность от медикаментозных осложнений у больных, получающих до 16 препаратов, приближается к 10%. Назначение нескольких препаратов представляет потенциальную опасность в связи с их взаимодействием и возможностью усиления токсического эффекта каждого из них.

Нарушение фармакокинетики и фармакодинамики медикаментов считается одним из главных факторов развития медикаментозной ятрогении у пациентов пожилого возраста.

В комплексном лечении пожилых пациентов целесообразно использование так называемых гериатрических средств, с помощью которых можно усилить механизмы саногенеза, нормализовать возрастные сдвиги, предотвратить возникновение хронических заболеваний и реально увеличить число случаев старения по физиологическому типу. К этим средствам, в частности, относятся комплексные поливитаминные препараты (декамевит, квадевит), средства биологической стимуляции ^{Глава I. Введение} (препараты клеточной и тканевой терапии), антиоксиданты (липоевая кислота, цис-тамин, метионин), эндотелиотропные средства (пармидин) и др.

Отрицательные побочные действия лекарственных препаратов у лиц пожилого возраста

Препарат	Побочное действие
Аминазин	Неадекватность реакции в виде беспокойства, тревоги, страха, усиление симптомов паркинсонизма (не проходят после отмены препарата), снижение артериального давления
Диабетические гормональные препараты	Гипертрофия предстательной железы
Антибиотики	Кандидоз, атрофический глоссит, дефицит витаминов группы В
Антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин)	Адинамическая непроходимость кишечника, задержка мочи, возбуждение, сердечная недостаточность, расстройство стула, ортостатическая гипотония
Атропин	Расстройства сердечного ритма, задержка мочи, обострение глаукомы
Барбитураты	Угнетение дыхательного центра, повышение уровня церебральной гипоксии, нарушение речи и походки, обмороки. Кумуляция из-за плохого выведения. Особенно опасны у больных с заболеваниями сердца и легких. При атеросклерозе мозговых сосудов вызывают парадоксальное возбуждение
Препараты белладонны	Уменьшение бронхиальной секреции, повышение вязкости секрета, ухудшение течения глаукомы
Бета-адреноблокаторы	Сердечная недостаточность, гипогликемические состояния у больных с сахарным диабетом (особенно у инсулинзависимых больных), усиление бронхоспазма
Бромиды	Спутанность сознания, бред, повышение холестерина в крови
Бутадион	Ульцерогенное действие (особенно у ослабленных людей), задержка натрия и воды, гипертензия, остеопороз, сыпь, агранулоцитоз
Ганглиоблокаторы	Резкое снижение артериального давления
Дибазол	При длительных курсах лечения — уменьшение сердечного выброса
Диазепам	Выраженная атаксия, бессонница, сонливость, усиление действия снотворных и анальгетиков, уменьшение активности антикоагулянтов
Кортикостероиды	Остеопороз, язвы слизистой желудочно-кишечного тракта, понижение толерантности к глюкозе, гипергликемия, отеки, гипертензия, гипокалиемия, глаукома
Нейролептики (тиоридазин, соннапакс)	Внезапная смерть, атриовентрикулярная блокада, нарушения внутрижелудочковой проводимости, трепетание предсердий, брадикардия, гипотония. При длительном применении возможно развитие токсической ретинопатии
Резерпин	Развитие признаков паркинсонизма, усиление депрессии. При больших дозах и повышенной чувствительности — гиперемия слизистых оболочек глаз, боли в желудке, диарея, брадикардия, тошнота, слабость, головокружение, одышка. У больных с бронхиальной обструкцией может вызвать острый приступ бронхоспазма
Салицилаты	Обострение бронхиальной астмы, язвенной болезни. При длительном приеме — головокружение, понижение слуха, спутанность сознания
Сердечные гликозиды	Учащение приступов стенокардии, нарушения ритма и проводимости сердца, цветные галлюцинации, снижение зрения, бессонница, головная боль, слабость, депрессия, тошнота, снижение аппетита
Слабительные	Церебральная декомпенсация, нарушения электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, образования витамина К в кишечнике
Лидокаин	Спутанность сознания, парестезии, угнетение дыхания, гипотония, судороги
Новокаиамид	Периферическая нейропатия
Анаприлин	Тяжелая диарея, галлюцинации
Теофиллин	Задержка мочи
Папаверин	Поражение печени, повышение артериального давления
Клофелин	Обострение псориаза