

## СПЕЦИФИКА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАЗНАЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Очилова Гулрух Saidovna PhD доцент  
Бухарский государственный медицинский  
институт, Бухара, Узбекистан.*

### *Резюме*

*Увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения обуславливает возрастающую значимость разработки и внедрения научно обоснованных подходов к фармакотерапии в гериатрической практике. Старение организма сопровождается комплексом физиологических изменений, затрагивающих практически все органы и системы, что приводит к существенной модификации фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств. Нарушение процессов всасывания, распределения, метаболизма и выведения препаратов определяет необходимость строгой индивидуализации терапевтических режимов у пациентов данной возрастной группы.*

**Ключевые слова:** Фармакотерапия, пожилые люди, эффективность фармакотерапии, безопасность фармакотерапии, полипрагмазия

## SPECIFICITY OF PHARMACOTHERAPEUTIC PRESCRIPTIONS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

*Ochilova Gulrukha Saidovna PhD  
Bukhara State Medical Institute,  
Bukhara, Uzbekistan.*

### *Resume*

*The increase in the proportion of elderly and senile people in the population structure makes it increasingly important to develop and implement evidence-based approaches to pharmacotherapy in geriatric practice. Aging of the body is accompanied by a complex of physiological changes affecting almost all organs and systems, which leads to a significant modification of the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs. Disruption of the processes of absorption, distribution, metabolism and excretion of drugs determines the need for strict individualization of therapeutic regimens in patients of this age group.*

**Keywords:** Pharmacotherapy, the elderly, the effectiveness of pharmacotherapy, the safety of pharmacotherapy, polypragmasia.

**Введение.**

Особое внимание уделяется проблеме полипрагмазии, которая является характерной чертой гериатрических пациентов вследствие высокой распространённости коморбидных состояний. Множественные лекарственные назначения увеличивают риск межлекарственных взаимодействий, нежелательных реакций, сниженной комплаентности и формирования синдрома назначения лишних препаратов. В этих условиях возрастаёт потребность в рациональном применении фармакотерапевтических стратегий, основанных на принципах доказательной медицины. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста имеет ряд особенностей, отличающих ее от лекарственной терапии лиц среднего и молодого возраста. Так, у пожилых пациентов имеются возрастные изменения организма (снижение печеночного кровотока и массы печени, СКФ и др.), которые изменяют фармакокинетику и могут приводить к передозировке или кумуляции ЛС в организме; большое количество коморбидностей, требующих одновременного применения нескольких ЛС (полипрагмазия); наличие гериатрических синдромов (например, старческой астении) и проблем; другие конечные цели фармакотерапии[1, 4]. Все это может стать причиной повышения у данной категории пациентов риска развития нежелательных реакций (НР), в том числе серьезных и с летальным исходом. Данные руководства были подготовлены с целью оптимизации, повышения безопасности лекарственной терапии и профилактики развития НР у пациентов пожилого и старческого возраста [2,5].

В пожилом и старческом возрасте отмечается как снижение, так и повышение чувствительности к лекарствам. Часто это обусловлено изменением плотности и чувствительности рецепторов, пострецепторными нарушениями и ухудшением регуляции гомеостатических механизмов. Например, в пожилом возрасте имеется большая чувствительность и усиление эффектов бензодиазепинов, опиатных анальгетиков, варфарина и гепарина натрия. Ослабляются эффекты  $\beta$ -агонистов и антагонистов, уменьшается тахикардия при введении вазодилататоров из-за изменений барорефлекторной регуляции [3,8,10].

В совокупности с другими возрастными изменениями (когнитивные нарушения, повышение риска ортостатической гипотонии, повышение риска падений, потребность в приеме большого числа лекарственных средств вследствие полиморбидности и др.) у пожилых пациентов значительно повышается риск возникновения нежелательных реакций, связанных с передозировкой, межлекарственными взаимодействиями, неправильным приемом лекарств. Изменения организма при старении, потенциально влияющие на фармакокинетику и фармакодинамику лекарств и безопасность

медикаментозной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста представлены в Приложении Г1 [6,8].

Целью исследования является поддержание, улучшение функционального статуса (физического и когнитивного) пациента с сохранением максимально возможной его независимости от помощи посторонних лиц. Такая цель подразумевает также профилактику прогрессирования существующих и появления новых гериатрических синдромов. Как и в других возрастных группах у пациента пожилого, старческого возраста фармакотерапия должна обеспечивать надежный и безопасный контроль заболевания, по поводу которого она назначается.

Достаточно актуальна у пожилых больных тема лекарственного взаимодействия (ЛВ), когда одно ЛС влияет на фармакологическое действие другого ЛС, что может обуславливать возникновение серьезных нежелательных явлений (СНЯ) [5]. Частота развития потенциально опасных ЛВ варьируется в пределах от 4 до 46% [3,7,9]. С увеличением возраста возрастает количество заболеваний, увеличивается число назначаемых ЛС, и соответственно, возрастает вероятность развития потенциальных ЛВ. Считается что риск лекарственных побочных эффектов (ПЭ) у пожилых больных в 5-7 раз выше, чем у молодых. Отсутствие специально организованных исследований у пожилых на этапе клинических испытаний приводит к тому, что переносимость медикаментозного лечения в этой группе больных обычно определяется уже после выпуска ЛС на рынок, когда начато его использование в клинической практике. Попытка анализа взаимосвязи между количеством назначаемых ЛС и частотой развития ЛВ предпринимались неоднократно [1,3], однако в немногих исследованиях анализировалась природа этой взаимосвязи. Крупное исследование, посвященное проблеме ЛВ у пожилых пациентов, было проведено в Швеции [2]. Анализировались данные о назначенных ЛС на базе регистра выписанных ЛС (&e New Swedish Prescribed Drug Register). В базу данных была внесена информация об ЛС, назначенных 640 743 больным – 79% от общей популяции пожилых пациентов Швеции. Потенциальные ЛВ классифицировались согласно шведской системе Sjoqvist Swedish Physicians Desk Reference на четыре уровня клинической значимости: А (клинически незначимые), В (клиническая значимость не установлена), С (потенциально клинически значимые) и Д (потенциально серьезные). Средний возраст участников исследования –  $82 \pm 5,3$  года, среднее количество ЛС, выписанных на одного больного –  $6,2 \pm 3,7$  препарата. Наиболее часто назначались антитромботические препараты,  $\beta$ -адреноблокаторы, петлевые диуретики, гипнотические и седативные ЛС, ненаркотические анальгетики и антипириетики. У 26% пожилых больных зарегистрировано одно или более потенциально

клинически значимое ЛВ (тип С), у 5% – одно и более потенциально серьезное ЛВ (тип Д). По мере увеличения возраста больных снижалась вероятность развития потенциального ЛВ типа Д, и увеличивалось количество выписанных препаратов на одного больного: 75-79 лет – 5,6 препарата; 80-84 года – 6,1; 85-89 лет – 6,7; ≥90 лет – 7,1 препарата. Кроме того, установлено, что вероятность развития потенциального ЛВ типа Д ниже у женщин, чем у мужчин. Основными препаратами, способными приводить к потенциально серьезным ЛВ типа Д, по результатам проведенной работы оказались НПВС.

Таким образом, это исследование подтверждает необходимость тщательного мониторинга ЛС у пожилых больных в связи с высокой вероятностью развития ЛВ. Не вызывает сомнений необходимость знания врачами основ фармакотерапии у лиц пожилого возраста, особенностей воздействия ЛС на этих больных для борьбы с преждевременным старением организма.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения. – СПб.: Наука, 2003. – 367 с
2. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. – М.: Универсум Паблишинг, 1997. – 530 с.
3. Зборовский А.Б., Тюренков И.Н., Белоусов Ю.Б. Неблагоприятные побочные эффекты лекарственных средств. - М.: МИА, 2008. - 656 с.
4. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Гериатрическая фармакотерапия // Успехи геронтологии. - 2009. - Т. 22. №1. - С.139-149.
5. Моисеев В.С. Клиническая фармакология в гериатрии // Клиническая фармакология и терапия. - 2008. - №4. - С.62-67.
6. Cleeland C., Gonin R., Hatfield A. Pain and its treatment in metastatic cancer // N. Engl. J. Med. - 1994. - Vol. 330. - P.592-596.
7. Hanlon J.T., Lindblad C.I., Hajjar E.R., McCarthy T.C. Update on drug-related problems in the elderly // Amer. J. Geriatr. Pharmacother. - 2003. - Vol. 1. №1. - P.38-43.
8. Mohundro M., Ransey L.A. Pharmacologic considerations in geriatric patients // Adv. Nurse Pract. - 2003. - Vol. 11. №9. -P.21-28.
9. Gallagher P., Ryan C., Byrne S. et al. STOPP (Screening Tool of Older Persons Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment): Consensus Validation. Int. J. Clin. Farmacol. Ther. 2008; 46 (2): 72-83.
10. Prashchaev K.I, Il'nicki A.N., Zhernakova N.I. Osnovnye geriatricheskie sindromy [The main geriatric syndromes]. Gerontologija [Gerontology]; 2012. 145. (In Russian).