

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

ЛІКИ – ЛЮДИНІ

**Сучасні проблеми створення,
вивчення та апробації
лікарських засобів**

Матеріали XXVIII всеукраїнської
науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**3 лютого 2011 року
м. Харків**

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 1 від 10 січня 2011 року*

Харків
Видавництво НФаУ
2011

журналу: <http://www.lvrach.ru/2002/03/4529247/>

5. Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов в ревматологии : [Электронный ресурс] / В. А. Насонова // [Русский Медицинский Журнал](#) – 2002 – Т. 10, № 6. – С 302–307 – Режим доступа к журналу : http://www.rmj.ru/articles_965.htm

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ГЕРИАТРИИ

Белай И. М., Резник Я.Ю., Белай А.И., Пругло Е.С., Райкова Т.С., Стец Р.В., Красько Н.П., Демченко В.О., Резниченко Ю.Г.

Запорожский государственный медицинский университет,
г. Запорожье

Одна из актуальных проблем современности, с которой столкнулись большинство экономически развитых стран мира – старение нации. По подсчетам отечественных геронтологов к 2018 году 27 % от населения страны будут составлять люди пенсионного возраста.

Инволютивные изменения, происходящие в организме в процессе старения, затрагивают все процессы фармакокинетики и фармакодинамики. С возрастом замедляются процессы поглощения, распределения, метаболизма и выведения лекарственных средств.

Прежде всего, хотелось бы остановиться на основных физиологических особенностях организма в пожилом и старческом возрасте.

В пожилом возрасте снижается секреторная, моторная и всасывательная функция желудочно-кишечного тракта, что может приводить к уменьшению биодоступности препаратов при энтеральном приеме.

Помимо этого для пожилого и старческого возраста характерно снижение содержания воды в организме и количества альбуминов в крови, уменьшение массы большинства органов, числа функционирующих кровеносных сосудов и сужение их просвета, изменение проницаемости гистогематических барьеров, что влияет на распределение лекарственных средств.

С возрастом постепенно уменьшается масса паренхимы печени, снижается ее антитоксическая функция, активность окислительных ферментов. Все это приводит к замедлению метаболизма лекарственных средств, в частности тех, инаktivация которых завершается образованием сульфатов.

Выведение лекарственных средств почками замедляется в связи с ослаблением энергозависимой экскреции через эпителий канальцев, уменьшением числа функционирующих нефронов (у лиц старше 70 лет их

становится на 30- 50% меньше), снижением эффективности почечного плазмотока и скорости клубочковой фильтрации.

У лиц пожилого и старческого возраста уменьшается количество β -адренорецепторов в тканях, понижается их чувствительность к стимулирующим и блокирующим воздействиям, в то время как число холинергических рецепторов остается прежним. Таким образом можно объяснить клинически известный факт, что с возрастом β -адреноагонисты становятся менее эффективными у больных бронхиальной астмой, тогда как влияние антихолинергических препаратов увеличивается. Кроме того применение β -адреноагонистов в большинстве случаев ограничено наличием сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

С другой стороны прием β -адреноблокаторов показан всем больным перенесшим инфаркт миокарда. Даже при наличии сопутствующей бронхолегочной патологии необходимо как минимум предпринять попытку назначения селективного β -адреноблокатора.

У геронтологических больных чаще, чем в других возрастных группах, возникает необходимость в применении кардиотонических, гипотензивных и диуретических средств. По данным различных авторов, у лиц пожилого возраста отмечается повышенная чувствительность миокарда к токсическому действию сердечных гликозидов, что требует более частого контроля адекватности подобранной дозы.

При выборе гипотензивных средств следует с осторожностью назначать препараты центрального действия (возможно нарушение ментальных функций), а также препараты, которые могут вызвать ортостатическую гипотензию – α -адреноблокаторы, периферические вазодилататоры, высокие дозы диуретиков. Так под влиянием салуретиков у лиц пожилого возраста может возникать более выраженная потеря калия при худшей, чем у лиц среднего возраста, переносимости этих потерь и способности к восстановлению электролитного баланса. В то же время нередко отмечается повышенная чувствительность к действию антагонистов альдостерона, вследствие чего они могут применяться в меньших дозах.

Кроме того, необходимо учитывать привычную для людей пожилого и старческого возраста множественность патологии (полиморбидность).

Полиморбидность - одна из проблем гериатрической практики, которая приводит к использованию большего количества лекарств, что увеличивает риск развития нежелательных эффектов.

Нежелательные побочные эффекты, дающие новую Клиническую симптоматику, далеко не всегда принимаются врачами во внимание, поскольку расцениваются как проявление нового заболевания и влекут

за собой назначение еще большего количества лекарственных препаратов. Чтобы разорвать этот «порочный круг» от врача требуется тщательный подход к сбору анамнеза заболевания, обширные знания не только возрастных изменений органов и систем, но и особенностей действия и взаимодействия применяемых лекарственных средств.

Еще одной весьма значимой проблемой гериатрии является полипрагмазия (одновременное назначение 7-8 препаратов для лечения одного заболевания). Наиболее частые причины полипрагмазии:

- назначение лекарственных препаратов с недоказанной эффективностью (АТФ, кокарбоксилаза, рибоксин и др.);
- назначение препаратов без достаточных показаний (без результатов лабораторных и инструментальных исследований, без консультаций узких специалистов);
- назначение препаратов без достаточных оснований (назначаются антигистаминные препараты при неаллергической патологии);
- одновременное назначение препаратов с одинаковым терапевтическим эффектом (эуфиллин с теопэком, диклофенак с индометацином);
- применение лекарств при наличии противопоказаний (диклофенак при обострении язвенной болезни, пенициллин при бронхиальной астме).

Не редко причиной нежелательных реакций на медикаментозное вмешательство является политерапия (одновременное лечение всех имеющихся у пациента заболеваний). Иными словами «лечить все и сразу». Наиболее часто с этой проблемой приходится сталкиваться в условиях госпитальных отделений и санаториях для геронтологических больных. Врачи идут на поводу у пациентов, мотивируя свои назначения тем, что покинув стационар больные все равно лечиться не будут и прекратят прием большинства из назначенных им препаратов, а так у них есть возможность «хоть немного подправить свое здоровье».

В эффективности лечения важную роль играют и особенности психологического подхода к больным. Непоправимый вред здоровью пациентов могут причинить дистанцированность врача, игнорирование их потребности в дополнительном общении, нетерпение. Сенильные изменения, возникающие в центральной нервной системе, проявляются не только снижением когнитивных функций, но и нарастающей изоляцией, что, прежде всего, обусловлено прекращением активной профессиональной деятельности.

Таким образом, фармакотерапия в пожилом и старческом возрасте должна соответствовать следующим критериям:

- лекарственные препараты должны быть малотоксичными;
- начальные дозы препаратов следует уменьшить в 2 раза по сравнению с таковыми у молодых пациентов;

- применение некоторых лекарственных средств (нейролептики, гипотензивные препараты центрального действия и др.) крайне осторожно в случае не возможности заменить препарат другой группой лекарственных средств;
- необходимо исключить применение одновременно нескольких однонаправлено действующих препаратов;
- при назначении лекарственных средств принимать во внимание стандарты лечения отдельных групп заболеваний;
- избегать назначения препаратов с недоказанной эффективностью или необязательных препаратов.

Литература.

1. Лазебник Л. Б. Старение и полиморбидность / Л. Б. Лазебник // Consilium Medicum. – 2005. – Т. 7, № 12. – С. 15–22.
2. Бурчинський С. Г. Старіння мозку та вікова патологія: від фармакології — до фармакотерапії // Вісник фармакол. фарм.— 2002.— № 1.— С. 12-17.
3. Фролькис В. В. Старение и экспериментальная возрастная патология сердечно-сосудистой системы / В. В. Фролькис, В. В. Безруков, О. К. Кульчицкий. — К. : Наукова думка, 1994.— 248 с.
4. Сова С. Г. Дисциркуляторная энцефалопатия (хроническая ишемия мозга) / С. Г. Сова // Доктор. – 2003. – № 3. – С. 36–40.
5. Коваленко В.М. Проблема здоров'я та оптимізації медичної допомоги населенню України / В. М. Коваленко, Б. П. Криштопа, В. М. Корнацький — К. : 2002.— 202 с.

ВИКОРИСТАННЯ ТІОТРИАЗОЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІХС

Білай І.М., Різник Я.Ю., Демченко В.О., Красько М.П., Райкова Т.С.,
Пругло Є.С., Алімпієв О.О., Міцик А,Ф., Величко Н.В., Мізіна О.А.
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

В Україні зростання серцево-судинних захворювань у першу чергу обумовлене розповсюдженням факторів ризику атеросклерозу, який лежить в основі більшості причин серцево-судинної смертності. Тому розробка ефективних методів лікування хворих з патологією серця та судин стають першорядними завданнями сучасної медицини. В лікуванні атеросклерозу широко застосовуються препарати, які мають крім гіполіпідемічної дії цілий ряд додаткових (неліпідних) властивостей, що дозволяє добитися комплексного впливу на всі ланки