

## **ЗАСТОСУВАННЯ КРИТЕРІЇВ БІРСА ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОСТІ ЛІКАРСЬКОЇ ТЕРАПІЇ ЛІТНІХ ХВОРИХ**

**Мороз В. А., Грінцов Є. Ф.**

*Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації*

*Національний фармацевтичний університет*

*м. Харків, Україна*

[vl\\_moroz@yahoo.com](mailto:vl_moroz@yahoo.com)

Тенденція до збільшення тривалості життя, яка існує у сучасній світовій спільноті – це найбільш значне досягнення медицини останніх десятиліть. І це веде до збільшення частки літніх людей в загальній популяції розвинених країн. Так, в США люди старше 65 років складають 12% населення, що споживають приблизно 30% всіх виписуваних лікарських препаратів (ЛП). За оцінками ООН, частка людей у віці старше 65 років до 2050 року досягне 22% світової популяції. Відомо, що особи літнього, похилого та старечого віку приймають за рік в середньому до 17 ЛП. Також в даній категорії пацієнтів частота пов'язаних з ЛП ускладнень зростає у 2 рази в порівнянні з пацієнтами молодого віку, а у 70-річних – в 7 разів. У зв'язку з цим раціональний прийом лікарських засобів у цього контингенту хворих є однією з актуальних медико-соціальних проблем. У той же час об'єктивний аналіз і оцінка сучасних підходів до раціональної фармакотерапії найбільш поширених захворювань у людей похилого віку залишається досить проблематичною.

Метою роботи було підвищення раціональності використання ЛП у осіб літнього і похилого віку.

Проаналізовано історії хвороби 105 осіб (33 чоловіки та 72 жінки) у віці старше 65 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях клінічної бази кафедри. Аналіз історій хвороби здійснювався за «критеріями Бірса» (стандартизовані міжнародні рекомендації Американської геріатричної асоціації 2015 року – АГА). Враховували приналежність певного ЛП до: а) не рекомендованого до застосування або такого, що слід уникати у літніх людей; б) потенційно не рекомендованого для них при певних захворюваннях; в) потенційно небезпечного, що слід застосовувати з обережністю. Окремо фіксували відповідність дозування ЛП, баланс показань та протипоказань при застосуванні, а також можливість їх заміни. Ризик щодо виникнення небажаних побічних реакцій при одночасному прийомі різних ЛП враховували за стандартизованим показником

Всього зафіксовано 744 призначення ЛП і 98 з них були співвіднесені зі списками не рекомендованих відповідно до рекомендацій АГА. У переважній більшості випадків при цьому спостерігали високий рівень ризику побічних реакцій за МАІ.

Виявлено використання двох ЛП зі списку Б «критеріїв Бірса», а саме тіоридазина і спіронолактона. Перший з них був призначений у 4-х пацієнтів, а другий – у 9-ти. Тіоридазин має низьку спорідненість до дофамінових рецепторів, що обумовлює частий розвиток ортостатичної гіпотензії, брадикардії та небезпечних форм аритмій. Також він здатен викликати розвиток пігментної ретинопатії та помутніння рогівки. Спіронолактон уявляє небезпеку в дозі більше

25 мг на добу через здатність збільшувати активність PАС, що є однією з ланок патогенезу серцевої недостатності.

Було зафіксовано призначення одинадцяти ЛП зі списку А «критеріїв Бірса», а саме диклофенак (27 випадків), кеторолак (11), метоклопрамід та дигоксин (по 9), аміодарон (7), амітриптилін та глібенкламід (по 5), норматенс, нітрофурантоїн, атропін, прометазін (по 3). Перші два істотно підвищують ймовірність розвитку НПЗП-гастропатії. Слід зазначити, що больові синдроми у літніх людей здебільшого викликаються не запальними, а дегенеративними процесами, при яких дані ЛП мають обмежений ефект. Більш виправданим виглядає призначення за потреби таких препаратів, що володіють зниженою ульцерогенною активністю (ібупрофен) або селективних НПЗП. Метоклопрамід не рекомендований для літніх людей через побічні ефекти у вигляді пізньої дискінезії та інших екстрапірамідних розладів. Дигоксин небезпечний у добовому дозуванні більше 0,125 мг через швидке настання глікозидної інтоксикації. Через вікове зниження функцій кишечника, альбумінемію, загальне зменшення кількості рідини в організмі та уповільнення його біотрансформації в печінці і виведення нирками. Аміодарон в геріатрії застосовується обережно і лише при постійній формі фібриляції через високий ризик настання вираженої брадикардії. Це загальне правило для багатьох антиритмиків: дронадерона, прокаїнамід, пропafenона, хінідина, соталола. Однак з них лише аміодарон може викликати легеневу токсичність (кашель, задишка, легеневий фіброз) у літніх пацієнтів. Амітриптилін не рекомендований у літніх пацієнтів через виражений холіноблокуючий ефект і підвищену седацію, що веде до ортостатичної гіпотензії. А призначення глібенкламід, що має малу селективність дії, веде до збільшення клінічних проявів серцевої недостатності. Прийом норматенсу, як і інших резерпінвмісних препаратів, створює умови для розвитку побічних ефектів з боку ЦНС. Нітрофурантоїн має високий потенціал легеневої токсичності, володіє гепатотоксичністю, здатний ініціювати периферичну невропатію. Високий антихолінергічний потенціал атропіну та прометазіну викликає у літніх людей сплутаність свідомості, запори та інші серйозні побічні ефекти.

Таким чином, встановлена висока частота призначення потенційно не рекомендованих і небезпечних для літніх пацієнтів ЛП, які можуть призводити до негативних наслідків і збільшувати смертність (73% пацієнтів). Також баланс показань щодо протипоказань за індексом МАІ вказував на невиправданий ризик застосування ряду ЛП в умовах їх спільного прийому приблизно у третини пацієнтів. При цьому більш ніж у половини хворих дозування було некоректним (у щоденниках, листах призначень або у рекомендаціях при виписуванні – у 57,1% пацієнтів). Поліпрагмазія спостерігалася практично у всіх випадках (пацієнти отримували мінімум 7 ЛП). Лікарі явно схилилися до прагнення вилікувати всі хвороби пацієнта відразу і запобігти всім можливим ускладненням. Для підвищення раціональності лікарської терапії у літніх хворих необхідний ретельний аналіз проведення фармакотерапії за «критеріями Бірса», що обумовлює необхідність участі в лікувальному процесі клінічного провізора.