

## ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ И ПРОБЛЕМЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ФАРМАКОТЕРАПИИ

**Э.В. Фесенко<sup>1</sup>, А.Г. Поведа<sup>1</sup>  
В.А. Поведа<sup>2</sup>, К.Д. Артеага<sup>3</sup>  
Е.В. Юдина<sup>1</sup>, К.В. Перелыгин<sup>4</sup>  
Э.В. Мудраковская<sup>5</sup>  
Я.С. Коновалов<sup>4</sup>, В.В. Фесенко<sup>1</sup>**

<sup>1)</sup> Белгородский государственный национальный исследовательский университет

<sup>2)</sup> Государственный университет Пенинсула Санта Елена, Эквадор

<sup>3)</sup> РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь

<sup>4)</sup> Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии ЦЗО РАМН

<sup>5)</sup> Медицинский центр «Ваша клиника», г. Москва

e-mail: ela-la-alo@mail.ru

Известно, что полиморбидность — наиболее актуальная проблема современной клинической гериатрической практики. В среднем, при клиническом обследовании больных пожилого и старческого возраста диагностируется не менее 4-5 болезней, проявлений патологических процессов. Взаимовлияние заболеваний изменяет их классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни и прогноз. Несмотря на разработанные эффективные схемы лечения заболеваний и широкий спектр эффективных лекарственных препаратов, существует низкая эффективность лечения, и проблема полиморбидности пожилых так и остается нерешенной. В последнее время особое внимание уделяется исследованиям, доказывающим зависимость успешности терапии от приверженности пациентов к лечению, которая остается по-прежнему низкой. По литературным данным, от 20 до 50% амбулаторных пациентов пожилого возраста не выполняют рекомендации. Необходимо изучение факторов, влияющих на приверженность пациентов пожилого и старческого возраста к фармакотерапии. Повышение приверженности позволит повысить эффективность терапии и, возможно, в будущем станет первым шагом к решению вопроса полиморбидности.

Ключевые слова: полиморбидность, приверженность, фармакотерапия

**Введение.** Полиморбидность в пожилом и старческом возрасте — одна из важнейших проблем гериатрической практики. Необходимо учитывать обычную для людей пожилого и старческого возраста множественность патологии. Как правило, при тщательном обследовании больных этих возрастных групп находят патологические изменения в различных физиологических системах. Они обусловлены разными причинами, обычно тесно связанными с изменениями возрастного характера. Патологию старых людей нередко сравнивают с айсбергом, у которого большая часть объема скрыта под водой. Жалобы больного направляют внимание врача только на вершину этого айсберга, между тем для правильного лечения необходимо увидеть весь айсберг. Взаимовлияние заболеваний (не так уж редко условно разделяемых на нозологические формы), инволютивные процессы естественного старения и лекарственный патоморфоз значительно изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс.

**Целью** нашего исследования явилось изучение проблем полиморбидности и вопросов обеспечения высокой приверженности пациентов пожилого возраста к фармакотерапии.

**Материал и методы.** Изучение литературных данных за последние 5 лет и интернет-источников.

**Результаты и обсуждение.** По данным ряда исследований, недостаточная приверженность к назначенной врачом терапии имеется у 26-59% пожилых пациентов, а большинство вмешательств увеличивают приверженность к лечению чуть более чем на 10%, в то же время являясь достаточно затратными по времени или слишком сложными для внедрения в повседневную практику. Все это делает крайне актуальным поиск новых путей по увеличению приверженности к лечению, особенно среди пожилых пациентов с полиморбидной патологией [1].

Снижение приверженности может быть обусловлено культурными, экономическими или психологическими факторами, полипрагмазией, повышенной склонностью к побочным воздействиям лекарств, возрастными изменениями фармакокинетики и фармакодинамики.

Рассмотрим наиболее значимые факторы, снижающие приверженность пациентов к фармакотерапии.

Влияние социально-экономических факторов на комплаентность пациентов варьирует в различных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. Цена становится определяющей, когда затраты на приобретение лекарственных препаратов полностью покрываются пациентами и они не способны выкупить назначенные препараты [5].

Проблемы приверженности, связанные с характером терапии. Переносимость, эффективность и удобство для больного выбранного режима терапии – один из основных факторов, определяющих приверженность к лечению. Существует обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и приверженностью, что может быть связано с большей стоимостью многокомпонентной терапии, сложным режимом приема, субъективным неприятием больного. Прием лекарственных препаратов один, максимум два раза в день значительно улучшает приверженность. Исследования показывают, что чем быстрее происходит подбор эффективного лечения, тем лучше в последующем приверженность больного этому лечению.

Существует обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и приверженностью. Это связано с тремя основными причинами:

- 1) большей стоимостью многокомпонентной терапии;
- 2) сложностью режима приема и соответственно большей вероятностью отклонений;
- 3) субъективным неприятием больного, включая страх большого количества препаратов и соответственно некорректный их прием.

Так, при увеличении количества принимаемых таблеток в день от одной до четырех вероятность соблюдения приверженности снижается вдвое.

Важную роль в снижении приверженности пожилых пациентов к фармакотерапии играет влияние побочных эффектов.

Возникающие побочные эффекты от медикаментозной терапии не только значительно тяжелее переносятся в пожилом возрасте, но вместе с тем могут усугублять проявления имеющейся патологии и тем самым ухудшать качество жизни.

Токсические осложнения могут развиваться вследствие абсолютной или относительной передозировки лекарств. Абсолютная передозировка у лиц старческого возраста наиболее часто обусловлена двумя причинами: сознательным приемом увеличенной дозы и/или забывчивостью, связанной с ишемическими и склеротическими процессами в головном мозге, что обуславливает повторный прием дозы. Чаще встречается относительная передозировка, связанная с возрастными изменениями фармакокинетики. Относительная передозировка – это токсический эффект терапевтической дозы, т.е. дозы, которая по абсолютной величине является терапевтической, но становится токсической для стареющего организма.

Непредсказуемые побочные эффекты лекарственных средств у лиц пожилого и старческого возраста зависят от индивидуальных особенностей. Например, головная боль, нарушения сна и т.д. по механизму не связаны с фармакодинамикой. Именно поэтому их прогнозировать невозможно. Достаточно распространенным видом побочных эффектов лекарственных средств являются аллергические реакции немедленного и замедленного типов. Их развитие особенно характерно для нейролептиков фенотиазинового ряда, редко используемых при психосоматических расстройствах в пожилом и старческом возрасте [2, 4]. Кроме анамнеза и внутрикожных проб не существует предикторов реакций данного типа, поэтому при назначении нового лекарственного средства необходим мониторинг состояния больного в течение 1-го дня приема препарата.



С возрастом изменяется фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных препаратов. Совокупность фармакокинетических и фармакодинамических изменений, свойственных людям пожилого и старческого возраста, приводит к изменению ключевой характеристики – соотношения доза-эффект. Таким образом, следует отметить, что основными причинами этого феномена являются следующие возрастные нарушения:

- уменьшение ферментативной активности печени и скорости метаболизма препаратов;

- уменьшение проникновения препаратов в ткани;
- снижение функциональных возможностей почек;
- уменьшение связывания препаратов с белками крови;
- изменения чувствительности рецепторов.

Поэтому знание особенностей фармакокинетики препаратов позволяет предвидеть появление нежелательных эффектов, а также помогает выбрать оптимальный режим дозирования для того, чтобы обеспечить терапевтическую концентрацию [3].

Еще одной особенностью фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте является увеличение вероятности развития синдрома отмены. У пожилых данный синдром (проявляется относительно быстрым возникновением вегетативных расстройств, развитием тахикардии, гипертонического криза) часто развивается после внезапной отмены таких часто используемых соматотропных средств, как  $\beta$ -блокаторы, клофелин и некоторые другие гипотензивные препараты. Сходная картина может возникать и при одномоментной отмене длительно принимавшихся бензодиазепиновых анксиолитиков.

Проявления побочных эффектов и осложнений лекарственной терапии у лиц пожилого и старческого возраста различны, включают в себя все многообразие возможных побочных реакций. Симптомы побочных реакций на медикаменты нередко атипичны

Другой проблемой сочетанной патологии у пожилых пациентов является полипрагмазия. Чем у большего числа специалистов наблюдается пациент, тем больше медикаментозных препаратов групп приводит к потенцированию побочных эффектов, в частности развитию ортостатической гипотензии, снижению концентрации внимания, нарушениям сна и настроения. В одном из крупных европейских исследований, проведенном в 2007 году и включившем в себя 7904 пациента пожилого возраста 65-85 лет, было показано, что у 74% имелось, по крайней мере, одно нерациональное назначение лекарственного препарата. В среднем, каждый пожилой пациент, принявший участие в исследовании, получал 11,9 различных препаратов, из них 9,0 – на регулярной основе и 2,9 – по необходимости. 6% пожилых пациентов получали более 10 препаратов сразу. 86% принимали хотя бы один тип психотропных средств. Данное исследование также показало, что среди препаратов, регулярно принимаемых пожилыми лицами, на первом месте стоят не гипотензивные препараты, нейропротекторы или статины, а слабительные (70%), обезболивающие (62%), снотворные (55%) средства. В десятку самых принимаемых препаратов вошли лишь антитромбоцитарные средства (49%). Особого внимания заслуживают ошибки в назначении психотропных препаратов пожилым лицам. Каждый врач в среднем выписывает пациенту 3,9 препарата разных фармакологических групп. У пожилых людей чрезмерное и нерациональное использование лекарственных средств нескольких фармакологических групп.

На приверженность к фармакотерапии влияют форма и органолептические свойства препаратов.

На приверженность к фармакотерапии сопутствующей соматической патологией в пожилом и старческом возрасте влияет и такой фактор, как когнитивные расстройства. Так, по результатам обследования пациентов крупной многопрофильной больницы и территориальной поликлиники, заболеваемость сосудистой деменцией достигает 22%. Средний возраст пациентов составил  $53,0 \pm 19,2$  года [3]: из них 37% страдают артериальной гипертензией, 30% – ишемической болезнью сердца (ИБС), 5% – острым инфарктом миокарда, 3% – хронической недостаточностью кровообращения; у 5% обследованных диагностировано острое нарушение мозгового кровооб-



ращения, у 5% оно было в анамнезе. Установлено, что случаи сосудистой деменции наблюдаются не только в неврологическом отделении (33% от числа обследованных), но и в отделениях кардиологии (10%), а также в общей терапии (8%). Наряду со стойкими когнитивными расстройствами, характеризующимися ослаблением памяти на прошлые и текущие события и снижением уровня суждений, для большинства больных сосудистой деменцией типичны астения, замедленность психических процессов. Поэтому для таких пациентов необходима разработка особых лекарственных форм препаратов, с маркировкой лекарства в специальных контейнерах, с разделением на отсеки по времени приема. Возможно создание различных напоминаний для больного.

В последнее время высказывается предположение о зависимости между формой собственности ЛПУ и приверженностью пациентов к лечению. Так, в исследовании, проведенном нашими коллегами на базе МЦ «Поколение» г. Белгород и МЦ «Ваша клиника» г. Москва, показана более высокая приверженность пациентов пожилого и старческого возраста к фармакотерапии в частных ЛПУ.

Таблица

**Клиническая эффективность медицинских технологий при оказании помощи больным терапевтического профиля (на примере артериальной гипертензии)**

Показатели	Госполиклиники		Частные поликлиники	
	до	после	до	после
Систолическое АД	173,2±2,3	156,4±2,3	171,2±3,1	154,0±3,0
Диастолическое АД	102,2±2,1	89,0±1,2	104,4±2,2	88,8±0,4
ЧСС	88,2±3,1	68,2±0,7	87,2±0,9	66,1±2,0
Холестерин	7,2±1,2	6,6±1,4	7,7±0,5	5,1±0,1*
Средние дозы статинов, назначенных врачом (симвастатин, мг)	11,8±0,1		21,2±2,4*	
Средние дозы ИАПФ, назначенных врачом (эналаприл, мг)	13,4±2,0		14,1±1,9	
Приверженность к лечению (баллы, по 5-бальной шкале)	3,22±0,24		4,14±0,12*	

\* p<0,05 – различия достоверны между группами 2Б и 1Б.

Неоспорима и роль врача в повышении приверженности пациента к фармакотерапии. Для того чтобы обеспечить должную приверженность пациента к лечению, врачу необходимо самому правильно оценивать цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении, учитывать в своей практической деятельности роль приверженности к терапии в ее успехе и, наконец, иметь возможность осуществлять должную кратность визитов пациентов и проведения с ними необходимых бесед с целью повышения приверженности к терапии.

**Заключение.** Таким образом, полиморбидность пациентов пожилого и старческого возраста является одной из центральных проблем и требует дальнейшего всестороннего изучения. В частности, в рамках этого вопроса следует уделить особое внимание низкой приверженности пациентов к фармакотерапии. В настоящее время четко показана связь между приверженностью к терапии и ее успешностью. Разработка новых методик повышения приверженности пациентов к терапии, методических рекомендаций и специальных лекарственных форм препаратов для пациентов пожилого и старческого возраста позволит повысить приверженность к фармакотерапии и, возможно, станет первым шагом к решению вопроса полиморбидности.

**Литература**

1. Симаненков, В.И. Особенности психофармакотерапии у больных пожилого возраста с психосоматическими расстройствами пищеварительной системы / В.И. Симаненков // Consilium Medicum. – 2008. – №1.
2. Лазебник, Л.Б. Старение и полиморбидность / Л.Б. Лазебник // Справочник специалиста. – 2007. – №1(205).
3. Конради, А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // Consilium Medicum. – 2007. – №6.



4. Ильницкий, А.Н. Клиническая патология полиморбидности в гериатрической практике / А.Н. Ильницкий // Успехи геронтологии. – 2011. – №2. – С. 285-289.  
5. <http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?articleid=6385>

## **POLYMORBIDITY IN THE ELDERLY AND THE PROBLEM OF ADHERENCE PHARMACOTHERAPY**

**E.V. Fesenko<sup>1</sup>, A.G. Poveda<sup>1</sup>  
V.A. Poveda<sup>2</sup>, C.G. Arteaga<sup>3</sup>  
E.V. Yudina<sup>1</sup>, K.V. Perelygin<sup>4</sup>  
E.V. Mydrakovskaya<sup>5</sup>  
Y.S. Konovalov<sup>4</sup>, V.V. Fesenko<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Belgorod National  
Research University*

*<sup>2</sup>Peninsula St. Elena  
State University, Ecuador*

*<sup>3</sup>Republic researching  
medical Centre  
"Cardiology", Minsk, Belarus*

*<sup>4</sup>St. Petersburg Institute  
of Bioregulation and Gerontology,  
NMB of RAMS*

*<sup>5</sup>Medical center «Your Clinic»,  
Moscow*

*e-mail: ela-la-alo@mail.ru*

It is known that polymorbidity – the most urgent problem of modern geriatric clinical practice. On average, patients on clinical examination of elderly diagnosed with at least 4-5 disease manifestations of pathologic processes. Interference of diseases change their classical clinical picture of the nature of the flow, increases the number and severity of complications, impairs quality of life and prognosis. Despite the developed effective schemes of treatment of diseases and a wide range of effective drugs, there is a low efficiency of treatment and the problem polymorbidity elderly and remains unresolved. Recently, special attention is given to research that demonstrates the dependence of successful therapy of patients' adherence to treatment, which is still low. According to the literature, 20 to 50% of ambulatory elderly patients do not comply with the recommendations. Necessary to study the factors influencing patients' adherence to elderly to pharmacotherapy. Increased commitment will enhance the effectiveness of therapy and may in the future will be the first step to addressing polymorbidity

Key words: polymorbidity, adherence, pharmacotherapy.