



Доктор медичних наук, професор
Лідія Калюжна



Вогнищева склеродермія

Читайте на сторінці **21**

Кандидат медичних наук
Христина Москва



Особливості вибору лікування діабету в умовах воєнного стану



Читайте в рубриці **Ендокринологія** на сторінці **16**

Академік НАМН України
Олександр Біловол



Питання персоніфікованого підходу у веденні пацієнтів старших вікових груп

Читайте на сторінці **28**

Sanofi — партнер лікарів у догляді за пацієнтом з цукровим діабетом



Гарна пара



Тожео СолоСтар
стабільне зниження глікемії протягом доби^{1,3}



Епайдра®
швидке зниження глікемії після їди^{2,4}



1. Bailey TS, et al. Diabetes Metab 2018;44:15-21. 2. G. B. Bolli, et al. Diabetes, Obesity and Metabolism 13: 251-257, 2011. 3. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Тожео СолоСтар, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл. Р.П. № UA/14720/01/01. Наказ МОЗ України №817 від 23.04.2021. 4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЕПАЙДРА® розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл. Р.П. № UA/10240/01/01. Наказ МОЗ України №2005 від 02.10.2019. Зміни внесено Наказом МОЗ України №90 від 20.01.2021.

Інформація про препарат Тожео СолоСтар (Tojeo® SoloStar®)*.

Склад. Діюча речовина: інсулін гларгін; 1 мл розчину містить інсуліну гларгін 10,91 мг, що еквівалентно 300 Од. інсуліну гларгін; 1 шприц-ручка містить 1,5 мл розчину для ін'єкцій, що еквівалентно 450 Од. інсуліну гларгін. **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій. **Фармакологічна група.** Протидіабетичні препарати. Інсуліни та аналоги тривалої дії для ін'єкцій. Код АТХ А10А Е04. **Фармакологічні властивості.** Інсулін гларгін розроблений як аналог інсуліну людини, який має низьку розчинність у нейтральному середовищі. Інсулін гларгін повністю розчинний у кислому середовищі (рН=4) розчину препарату. Після введення у підшкірні тканини кислий розчин нейтралізується, що призводить до виникнення преципітату, з якого постійно вивільняється невелика кількість інсуліну гларгін. Найважливішою дією інсуліну, у тому числі інсуліну гларгін є регуляція метаболізму глюкози. Інсулін та його аналоги знижують рівень глюкози в крові за рахунок стимуляції його споживання периферичними тканинами, зокрема скелетними м'язами та жировою тканиною, а також пригнічення утворення глюкози у печінці. Інсулін пригнічує ліполіз в адипоцитах та протеоліз, одночасно посилюючи синтез білка. **Показання.** Лікування цукрового діабету у дорослих, підлітків і дітей віком від 6 років. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини, що входить до складу препарату. **Спосіб застосування та дози.** Препарат Тожео СолоСтар є базальним препаратом інсуліну для введення один раз на добу у будь-який час доби, але бажано кожен день в один і той самий час. Схему введення препарату (дозу та час введення) слід підбирати згідно з індивідуальною відповіддю хворого на лікування. За необхідності пацієнти можуть вводити препарат Тожео СолоСтар в інтервалі до 3 годин до або після їхнього звичайного часу введення препарату. **Особливості застосування.** Якщо у результаті лікування не вдається досягти достатнього контролю рівня глюкози або спостерігається тенденція до виникнення епізодів гіпо- чи гіперглікемії, перш ніж змінювати дозування препарату, слід перевірити, чи дотримуються хворий призначеної схеми лікування, рекомендацій місць введення препарату, належної техніки ін'єкційного введення, а також оцінити інші важливі фактори. **Побічні реакції.** Гіпоглікемія, як правило, є найчастішою побічною реакцією, що спостерігається під час інсулінотерапії. Вона виникає тоді, коли доза введеного інсуліну перевищує потребу у ньому. Метаболічні та аліментарні розлади – дуже часто (≥1/10); гіпоглікемія. Розлади з боку шкіри та підшкірної клітковини – часто (≥1/100-1/10); ліпогіпертрофія, нечасто (≥1/1000-1/100); ліпоатрофія. Порухення загального стану та реакції у місці введення – часто (≥1/100-1/10); реакції у місці ін'єкційного введення препарату; рідко (≥1/10 000 до <1/10000); набряк. **Упаковка.** №1, №3: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Санofi-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина. **Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.** Індустріпарк Хьохст-Брюннгштрассе 50, H500, H590, H600, H 750, H785, H790, Франкфурт-на-Майні, Гессен, 65926, Німеччина.

*Інформація подана скорочено. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Тожео СолоСтар, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл, Р.П. №UA14720/01/01, Наказ МОЗ України №817 від 23.04.2021.

Інформація про препарат Епайдра®.*

Склад. Діюча речовина: інсулін гліулізін; 1 мл розчину містить інсуліну гліулізину (продукту рекомбінантної ДНК-технології із застосуванням Escherichia coli) 100 одиниць, що еквівалентно 3,49 мг; 1 шприц-ручка SoloStar® містить 3 мл розчину для ін'єкцій, що еквівалентно 300 Од. інсуліну гліулізину. **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій. **Фармакологічна група.** Протидіабетичні засоби. Інсуліни та аналоги швидкої дії. Код АТХ А10А В06. **Фармакологічні властивості.** Інсулін гліулізін є рекомбінантним аналогом інсуліну людини, що за своєю силою дії подібний до інсуліну людини. Інсулін гліулізін діє швидко та має меншу тривалість дії, ніж простий інсулін людини. Основна дія інсулінів та їх аналогів, включаючи інсулін гліулізін, спрямована на регулювання метаболізму глюкози. Інсуліни знижують рівень глюкози у крові шляхом стимуляції периферійної утилізації глюкози, особливо у скелетних м'язів і жировій тканині, та пригнічення синтезу глюкози у печінці. Інсулін запобігає ліполізу в адипоцитах, протеолізу та посилює синтез білка. **Показання.** Цукровий діабет, коли необхідне застосування інсуліну дорослим, підліткам і дітям віком від 6 років. **Протипоказання.** Гіперчутливість до інсуліну гліулізину або до будь-якого компонента препарату. **Спосіб застосування та дози.** Препарат Епайдра® застосовують у режимах інсулінотерапії, що включають інсулін середньої або довготривалої дії або аналог базального інсуліну. Цей лікарський засіб можна призначати одночасно з пероральними протидіабетичними засобами. Дозу препарату Епайдра® підбирають та регулюють індивідуально. **Побічні реакції.** Найпоширенішою побічною дією інсулінотерапії є гіпоглікемія, що виникає як наслідок застосування більшої дози інсуліну, ніж це потрібно. Метаболічні та аліментарні розлади – дуже часто (≥1/10); гіпоглікемія. Розлади з боку шкіри та підшкірних тканин – часто (≥1/100 - <1/10); реакції у місці ін'єкції, місцеві реакції гіперчутливості, рідко (≥ 1/10 000 - < 1/1 000); ліподістрофія. Порухення загального стану та реакції у місці введення – нечасто (≥1/1000 - < 1/100); системні реакції гіперчутливості. **Упаковка.** №5: по 1 картриджу по 3 мл, вмонтованому в одноразовий пристрій – шприц-ручку SoloStar® (без голок для ін'єкцій), по 5 шприц-ручок у картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом.

*Інформація подана скорочено. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу ЕПАЙДРА® розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл, Р.П. № UA/10240/01/01. Наказ МОЗ України №2005 від 02.10.2019. Зміни внесено Наказом МОЗ України №90 від 20.01.2021.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників, для розповсюдження у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування препарату Тожео СолоСтар. ТОВ "Санofi-Авентіс Україна". 01033, м. Київ, вул. Жиланська, 48-50А. Тел.: +38 044 354 20 00, факс: +38 044 354 20 01 MAT-UA-2101194

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»[©]

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України та РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»
- Б.М. Венцківський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.М. Коваленко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології та фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Б.М. Маньковський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
- О.М. Пархоменко**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»
- Н.В. Пасечнікова**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Ю.І. Фещенко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.І. Цимбалюк**, д.м.н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України, заступник директора ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету

Засновник – Ігор Іванченко

ВИДАВЕЦЬ – ТОВ «РЕКЛАМНЕ АГЕНТСТВО «ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»[©]

Свідоцтво КВ № 15650-4122ПР від 03.09.2009

Передплатний індекс: 35272

Представлена в базі даних «Наукова періодика України» й індексується Google Scholar

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Тетяна Черкасова**Головний редактор
Випусковий редактор
Менеджер із реклами**В'ячеслав Килимчук**
Галина Теркун
Зоя МаймескулЛітературне редагування / коректура:
Анастасія Божко
Ірина Колесник
Дизайн/верстка:
Юлія Фітисова
Олена Дудко
Наталія Дехтяр-Дігузова

Контактні телефони

Редакція +380 (44) 521-86-86

Відділ маркетингу +380 (44) 521-86-93

Відділ передплати +380 (44) 364-40-28

Адреса для листування

04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35.

E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Газету віддруковано в ТОВ «ОЛЬВІЯ КО»,

01033, м. Київ, вул. Сім'ї Прахових, будинок 27, оф.10.

Підписано до друку червень 2022.

Замовлення № 0000000. Тираж 28 000 прим.

Редакція може публікувати матеріали, не поділяючи думку автора.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.

Передрук матеріалів можливий лише з дозволу редакції.

Рукописи не повертаються та не рецензуються.

Тираж із 10.05.2022 та 10 000 електронних адрес (дата держреєстрації з 02.01.2012).

ЗМІСТ



- Дослідження InRange: перші результати та практичні висновки**
К.О. Зуєв, Н.М. Жердьова, Л.К. Соколова та ін. 14-15
- Особливості вибору лікування діабету в умовах воєнного стану**
Х.А. Москва..... 16-17
- Зміни в терапії цукрового діабету й ожиріння через науку та інновації**
Л.Ф. Йоргенсен, М. Шиндлер, М. Дустар та ін...... 18-19
Пресбрифінг компанії Novo Nordisk

ФАРМКОМПАНІЯ

- Разом до перемоги**
О. Мусієнко, Л.В. Маслова, Н.Ю. Кришталь..... 4-5

КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019

- Молнупіравір у лікуванні COVID-19: новини з конгресу**
ЕССМІД 2022 10-11

РЕВМАТОЛОГІЯ

- Ефективність і безпека системних глюкокортикоїдів для знеболення**
при ревматоїдному артриті: систематичний огляд і метааналіз..... 3, 7

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

- Компанія «Ново Нордіск Україна» разом із БФ «Життєлюб» доставила**
інсулін у гарячі точки України 20
- В Україні запустили безкоштовний онлайн-курс**
із домедичної допомоги в умовах бойових дій..... 20
- Новини світової медицини**..... 23
- Електронні сигарети для припинення куріння: дискусія набирає обертів**
R. Bonita Beaglehole, R. Beaglehole 24-25

ДЕРМАТОЛОГІЯ

- Вогнищева склеродермія**
Л.Д. Калюжна..... 21

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

- Хвороба сухого ока: мультидисциплінарна проблема**
в практиці лікаря-офтальмолога 22

АЛЕРГОЛОГІЯ

- Респіраторні алергози**
Л.І. Конопкіна, С.В. Зайков, В.А. Клименко та ін. 26-27

НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ

- Критерії безпеки вазотропних засобів із позицій клінічної фармакології:**
оцінка ризиків і шляхів оптимізації терапії в ангіоневрології
С.Г. Бурчинський 30-31

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

- Перехрест біліарної рефлюксної гастропатії та функціональної диспепсії:**
клініко-ендоскопічні особливості та підходи до лікування
С.М. Ткач, Ю.Г. Кузенко, А.Е. Дорофєєв..... 35-36

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

- Питання персоналізованого підходу у веденні пацієнтів старших вікових груп**
О.М. Біловола, І.І. Князькова 28-29

О.М. Біловол, академік НАМН України, д.м.н., професор кафедри клінічної фармакології та внутрішньої медицини,
І.І. Князькова, д.м.н., професорка, завідувачка кафедри клінічної фармакології та внутрішньої медицини,
Харківський національний медичний університет

Питання персоніфікованого підходу у веденні пацієнтів старших вікових груп

Нині у світі збільшується тривалість життя людей. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2021), у 2030 році люди віком понад 60 років становитимуть одну шосту жителів планети, тобто їх кількість збільшиться з 1 млрд у 2020 році до 1,4 млрд, а до 2050 року вона подвоїться (за оцінками, до 2,1 млрд). Очікується, що з 2020-го по 2050 рік кількість людей віком ≥ 80 років зросте втричі й досягне 426 млн осіб. Зрозуміло, що пандемія коронавірусної хвороби (COVID-19) внесла свої поправки до зазначених прогнозів, отож остаточні дані будуть скореговані.

Експертами ВООЗ запропоновано таку вікову класифікацію населення:

- 18-44 роки – молодий вік;
- 45-59 років – середній вік;
- 60-74 роки – похилий вік;
- 75-90 років – старечий вік;
- понад 90 років – довгожителі.

У 2015 році Маргарет Чен, на той час генеральна директорка ВООЗ, у своїй доповіді зазначила, що навіть у найбільш розвинених країнах більшість людей живуть довше. Далі було наголошено на необхідності забезпечити, щоб у ці додаткові роки життя люди залишалися здоровими, жили повноцінно та зберігали людську гідність. Досягнення цієї мети буде благом не тільки для людей похилого віку, а й для всього суспільства загалом. Як медицина має відповідати на ці виклики? Маргарет Чен сформулювала відповідь на це запитання таким чином: «Урахування потреб людей похилого віку в рамках систем охорони здоров'я матиме вирішальне значення. Для цього буде потрібно зрушення від систем, орієнтованих на лікування гострих захворювань, до систем, здатних надавати безперервну допомогу людям із хронічними станами, найпоширенішими в літньому віці».

Питаннями особливостей надання медичної допомоги людям похилого віку займається геріатрія – галузь клінічної медицини, яка вивчає хвороби осіб старших вікових груп із метою досягнення в цих пацієнтів автономності пересування та самообслуговування, а також незалежності в прийнятті рішень. Стратегія ведення пацієнтів старших вікових груп передбачає мультидисциплінарний підхід. Слід наголосити, що лікування таких пацієнтів суттєво відрізняється від лікування молодих осіб. Ще в минулому столітті основоположниця геріатрії М. Уоррен критикувала неправильні принципи ведення літніх пацієнтів, відсутність мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги та реабілітації.

Із позицій сучасних рекомендацій сьогодення ведення пацієнтів старших вікових груп має проводитися міждисциплінарною геріатричною бригадою, що включає терапевта, геріатра, кардіолога, невролога, реабілітолога, лікаря-ортопеда, уролога, гінеколога, офтальмолога, отоларинголога для корекції сенсорного дефіциту в зазначеній когорті хворих.

Наявність соматичної поліморбідності визначає прогресування патології кістково-суглобового апарату та є одним із важливих прогнозів тривалості та якості життя пацієнтів. Зокрема, дослідження S.R. Barbosa та співавт., проведене в Бразилії 2017 року, включало пацієнтів зі старечею астеною, преастеною та без ознак старчею астеною. Поліморбідність в учасників виявлялася приблизно в однаковій частці випадків – 27-28%. Продемонстровано, що в людей похилого віку в міру наростання функціональних дефіцитів (стареча астеною та преастеною) незалежно від поліморбідності підвищується ризик несприятливих подій. У дослідженні M. Aroga та співавт. показано, що стареча астеною асоціюється зі збільшенням ризику смерті пацієнтів похилого віку (відносний ризик 2,56; 95% довірчий інтервал 1,5-4,3). При цьому набір поліморбідних станів у пацієнтів приблизно однаковий. Отже, несприятливі наслідки в осіб похилого віку не лише визначаються наявністю поліморбідних захворювань, а й залежать від їхнього функціонального фізичного, соціального та когнітивного статусу, що лягло в основу знань про геріатричні синдроми.

У нашій країні ведення пацієнтів старших вікових груп здійснюють сімейні лікарі, які повинні комплексно оцінювати стан хворого. При первинному огляді пацієнтів

старших вікових груп має проводитися комплексна оцінка, котра включає:

- показники фізичного здоров'я – дані клінічного огляду (скарги, анамнез, зниження харчування, фізикальні дані, лабораторні дослідження, критерії тяжкості окремих захворювань);
- функціональний статус – активність у повсякденному житті, мобільність, ризик падіння, нездатність до самообслуговування, брак сторонньої допомоги, якість життя;
- показники психічного здоров'я – когнітивний статус та емоційний стан (депресія, безсоння, тривожність, хвороба Альцгеймера);
- соціально-економічні чинники – наявність сім'ї, родичів, матеріальне становище, безпека місця проживання (важливо, що в самотніх людей похилого віку перебіг захворювання тяжчий і важче досягти компенсації).

Окремо виділяють критичні періоди в житті літньої людини: нещодавня втрата близьких, період нещодавньої виписки зі стаціонара, нещодавній відхід на пенсію та ін.

Геріатричні синдроми приєднуються в міру розвитку й накопичення інволютивних змін в організмі людини та дефіциту функцій на тлі поліморбідності.

Геріатричні синдроми

Основні геріатричні синдроми представлені трьома групами:

- соматичні – синдром недостатнього харчування (мальнутриція); порушення ходьби та загальної рухової активності; синдром падіння; пролежні; нетримання сечі (інконтиненція); порушення випорожнень; порушення слуху та зору; зменшення м'язової маси та м'язової сили (саркопенія); порушення сну (інсомнія); больовий синдром;
- психічні – зниження когнітивних здібностей і деменція; тривожно-депресивний синдром; делірій; порушення поведінки й адаптації;
- соціальні – втрата самообслуговування; залежність від сторонньої допомоги; соціальна ізоляція; синдром насильства; порушення сімейних зв'язків.

Поєднання щонайменше трьох зазначених симптомів дає змогу говорити про розвиток старчею астеною, а один або два симптоми – про старечу преастеною.

Стареча астеною – специфічний стан, який може розвинути в людини похилого та старечого віку й характеризується такими симптомами, як схуднення (зниження маси тіла темпом не більш ніж на 10% на рік); порушення ходи; зниження м'язової сили; розвиток когнітивних розладів і зниження мотивації, втрата колишніх життєвих інтересів; низький рівень рухової активності. Стареча астеною є фінальним етапом процесу старіння організму людини, вона призводить до втрати самообслуговування, зумовлює необхідність надання соціально-медичної допомоги та геріатричного догляду.

Слід окремо зупинитися на синдромі падіння. Це поліфакторний синдром, який охоплює складний комплекс біологічних, поведінкових, середовищних і соціально-економічних чинників. Слід обов'язково враховувати, що ризик падіння збільшується внаслідок прийому низки лікарських засобів. При цьому в літніх осіб ушкодження внаслідок падіння займають п'яте місце серед причин смерті (після серцево-судинних захворювань, пухлин, інсульту та бронхолегеневої патології).

Несмертельні травми та переломи істотно визначають якість життя, його прогноз і автономність вікового пацієнта. Водночас більшість чинників ризику падіння є модифікованими, а отже, завдання лікаря – виявити їх і вжити заходів щодо корекції. Для забезпечення поглибленої корекції модифікованих чинників ризику падіння залежно



О.М. Біловол



І.І. Князькова

від клінічної ситуації пацієнт може бути направлений до ортопеда-травматолога, невролога, офтальмолога, лікаря лікувальної фізкультури та ін.

Оцінка ризику падіння за шкалою Морзе (Morse Fall Scale) має проводитися в кожній людині віком ≥ 60 років (табл. 1). Розрахунок величини ризику падіння за цією шкалою надзвичайно простий і не потребує тривалого обстеження пацієнта. Оцінюється наявність факту падіння в анамнезі, кількість гострих і хронічних захворювань, психічний стан, використання внутрішньовенних катетерів, функція ходьби та користування технічними засобами реабілітації. Оцінка параметрів виконується в балах від 0 до 30 залежно від показника. Потім визначається загальна сума балів.

Незалежно від ризику падіння слід ретельно проаналізувати медикаментозну терапію для уточнення можливого впливу прийому ліків на цей ризик. Для пацієнтів із високим ризиком падіння розробляють індивідуальні програми профілактики падіння і переломів.

Рекомендується активне виявлення компресійних переломів тіл хребців у пацієнтів похилого та старечого віку з високим ризиком переломів за FRAX (шкала оцінки ризику переломів, онлайн-калькулятор) і високим ризиком падіння. Із цією метою рекомендовано проведення рентгенологічного дослідження грудного та поперекового відділів хребта (Th4-L5) у бічній проекції пацієнтам похилого та старечого віку з високим ризиком падіння; високим ризиком переломів за FRAX; больовим синдромом у спині – зниженням росту на ≥ 4 см у порівнянні з молодшим віком або ≥ 2 см за регулярного медичного огляду, які приймають глюкокортикоїди; із цукровим діабетом 2 типу або на інсулінотерапії, а також за наявності в анамнезі переломів.

Літнім пацієнтам із високим ризиком переломів за шкалою FRAX, які мають остеопороз за даними денситометрії, рекомендовано призначення антиостеопоротичної антирезорптивної терапії. Пацієнтам з анамнезом низькоенергетичного перелому антиостеопоротичні препарати мають призначатися без оцінки за алгоритмом FRAX.

Таблиця 1. Оцінка ризику падіння за шкалою Морзе

Показник	Бали
Падіння в анамнезі	
Ні	0
Так	25
Супутні захворювання (більш ніж один діагноз)	
Ні	0
Так	15
Чи має пацієнт допоміжний засіб для пересування	
Ліжковий режим / допомога санітарки	0
Милиці/ходунки/ціпок	15
Спирається при пересуванні на меблі	30
Проведення внутрішньовенної терапії (наявність в/в катетера)	
Ні	0
Так	20
Оцінка пацієнтом власних можливостей та обмежень (ментальний/психічний статус)	
Адекватна оцінка власних можливостей	0
Переоцінює власні можливості або забуває про власні обмеження	15
Функція ходьби	
Норма / ліжковий режим / нерухомий	0
Слабка	10
Порушена	20

Підрахунок балів: 0-4 – немає ризику, рекомендовано ретельний основний догляд; 5-20 – низький рівень, рекомендовано ретельний основний догляд; 21-45 – середній рівень, рекомендовано впровадження стандартизованих заходів для профілактики падіння; >45 – високий рівень, рекомендовано впровадження спеціалізованих заходів для профілактики падіння.

Обов'язковим є ретельний аналіз медикаментозної терапії. Це зумовлено тим, що прийом низки лікарських засобів асоціюється з підвищеним ризиком переломів у пацієнтів похилого віку. До цих ліків належать протисудомні засоби, кортикостероїди, міорелаксанти, антипаркінсонічні засоби, нестероїдні протизапальні препарати, наркотичні анальгетики, H₂-гістаміноблокатори. Ризик переломів підвищується при застосуванні препаратів, здатних спричинити запаморочення, сонливість, порушення координації та сплутаність свідомості (антидепресанти, антипсихотики, бензодіазепіни, антигіпертензивні засоби, нітрати, дигоксин, протиаритмічні засоби (клас IA), засоби, що зумовлюють гіпогіалексію, антигістамінні засоби, особливо із седативним ефектом.

Своєчасне виявлення геріатричних проблем сприяє запобіганню й уповільненню синдрому старечої астенії.

Запровадження в клінічну практику геріатричних підходів, заснованих на оцінці не лише поліморбідності, а й функціонального фізичного, когнітивного, соціального статусу пацієнта (комплексна геріатрична оцінка) з метою розроблення плану лікування та спостереження, спрямованого на відновлення або підтримання рівня функціональної активності, дав змогу знизити смертність на 18%, збільшити на 25% імовірність повернення хворих до незалежного проживання в домашніх умовах, підвищити на 41% імовірність покращення когнітивних функцій і на 12% знизити ризик повторних госпіталізацій.

Водночас слід враховувати, що найчастішою психосоціальною проблемою людей похилого віку є відчуття самотності. При виявленні ознак тривожності та депресії обов'язковою є консультація лікаря-спеціаліста або психотерапевта. Слід наголосити, що призначення медикаментозної терапії проводиться спеціалістом. Обов'язково слід контролювати та переглядати призначення лікування, оскільки в разі прийому багатьох препаратів, як-от β-блокатори, бензодіазепіни, леводопа, опіати, кортикостероїди тощо, може спостерігатися потенційно негативний вплив на перебіг геріатричних синдромів. Доведено, що за легкої та помірної депресії досить ефективні психотерапевтичні методики. Позитивний ефект мають фізичні вправи, різні методи фізіотерапії (ароматерапія, акупунктура, гіпно- та світлотерапія). Корисні прогулянки на свіжому повітрі за будь-якої погоди, особливо за сонячної. Крім того, показано позитивний вплив терапії творчим самовираженням, методик арт- і музикотерапії, ерготерапії.

Порушення сну та безсоння

Лікування порушень сну включає немедикаментозні методи та прийом фармакологічних засобів. Немедикаментозні методи мають за основу застосування методики терапевтичного середовища та включають раціональну гігієну сну, автогенне тренування. Слід зазначити, що в геріатричній популяції порушення сну та безсоння можуть виникати через нестачу гормону мелатоніну, вміст якого зменшується з віком. Для підвищення надходження мелатоніну з їжею рекомендується вживати овес, кукурудзу, рис, родзинки, помідори, банани, ячмінь. За неефективності призначається медикаментозна терапія препаратами мелатоніну.

У процесі старіння знижуються максимальні функціональні здібності зі втратою гомеостатичних резервів. Системна відповідь на введення лікарського засобу є результатом комплексного впливу специфічних і неспецифічних лікарських ефектів, а також прямих і непрямих фізіологічних або патологічних відповідей на них. Сума цих ефектів є фармакодинамічною відповіддю, незалежно від того, терапевтична вона чи токсична. Для прогнозування відповіді на конкретний лікарський препарат потрібне знання вікових змін, які зачіпають фізіологічні або психологічні функції.

Фармакотерапія в осіб похилого та старечого віку спрямована на:

- підтримання/покращення функціонального статусу (фізичного та когнітивного) зі збереженням максимально можливої незалежності від допомоги сторонніх осіб;

- профілактику прогресування наявних і появи нових геріатричних синдромів;

- надійний і безпечний контроль захворювання, з приводу якого вона признається;

- забезпечення персоналізованого підходу до призначення терапії, оскільки в старшій віковій групі зростає ступінь біологічної варіабельності, що зумовлено різною швидкістю старіння в різних людей.

Виділяють низку проблем, притаманних пацієнтам старших вікових груп.

Коморбідність

Відомо, що з віком зростає коморбідність. Наприклад, у США поширеність коморбідності серед застрахованих у Medicare зростає від 62% у віковому періоді 64-74 роки до 82% серед осіб віком від 85 років. У дослідженні В.К. Edwards і співавт. (2014) за участю 1 056 534 пацієнтів Medicare у віковій групі понад 66 років із діагностованим онкологічним захворюванням зазначено, що 40,2% хворих мали ще одне хронічне захворювання, а 15% – коморбідність ≥ 2 захворювань.

Поліпрагмазія

Актуальною проблемою геріатрії є одночасне призначення великої кількості ліків літньому пацієнту. Безперечно, медикаментозне лікування становить основу ведення пацієнтів похилого та старечого віку, проте ризик небажаних наслідків лікарської терапії в людей віком понад 60 років у 2-3 рази вищий, аніж в осіб середнього віку. Найбільше випадків смерті, пов'язаних із прийомом ліків, припадає на вікову групу 80-90 років.

Особливе місце посідає моніторинг ефективності та безпеки застосування лікарських засобів. Небажані лікарські реакції трапляються в 6-17% пацієнтів похилого віку. Найчастіше в геріатричній популяції реєструються небажані побічні ефекти, пов'язані з прийомом таких груп лікарських засобів: протимікробні препарати, психотропні, антитромбоцитарні, антикоагулянти, серцево-судинні засоби (діуретики, серцеві глікозиди, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, β-блокатори, протиаритмічні засоби, антагоністи кальцію), кортикостероїди, цукрознижувальні засоби, нестероїдні протизапальні препарати (табл. 2).

Серед токсичних ефектів серцевих глікозидів у геріатричній популяції слід відзначити такі неспецифічні симптоми: зниження апетиту, шлункова диспепсія, порушення зору, м'язова слабкість, стомлюваність, депресія, нічні кошмари, марення, галюцинації. При цьому на електрокардіограмі можуть виявлятися шлуночкові порушення ритму. Прийом діуретичних засобів і асоційовані порушення водно-електролітного балансу в пацієнтів похилого віку можуть проявлятися у вигляді психічних розладів. Симптоми депресії можуть виникати на тлі терапії кортикостероїдами, індометацином, пропранололом. Артеріальна гіпотензія може розвиватися на тлі терапії гіпотензивними засобами, в разі прийому холіноблокаторів тощо.

Основне стратегічне завдання геріатрії полягає в тому, щоби спрямувати лікування на зменшення вираженості симптоматики та компенсацію порушених функцій, а також на збереження та покращення якості життя. Сучасна концепція ведення геріатричної популяції передбачає не нозологічний, а синдромальний підхід; у лікуванні пацієнтів похилого віку важливо звести до можливого мінімуму медикаментозну терапію та поєднувати її з немедикаментозними методами з метою запобігти надмірному використанню лікарських засобів.

Слід особливо наголосити й на проблемах, асоційованих із лікарською терапією в геріатричній популяції.

Вимушена поліпрагмазія

Важливо підкреслити, що лікарські засоби відіграють вирішальну роль у геріатричній популяції, оскільки їх призначення зумовлене наявністю хронічного захворювання, спрямоване на полегшення болю та покращення

якості життя пацієнтів старших вікових груп. Тривале застосування медикаментозної терапії пов'язане з хронічним перебігом багатьох захворювань. Із віком спостерігаються фізіологічні процеси старіння організму, що призводять до зміни фармакокінетики та фармакодинаміки лікарських засобів.

При плануванні лікарської терапії в геріатричній популяції варто враховувати особливості фармакокінетики в осіб похилого віку:

- всмоктування – зниження вироблення та секреції соляної кислоти в шлунку, підвищення рН шлункового вмісту, порушення моторики стравоходу, шлунка, кишечника, зниження евакуаторної функції шлунка, зменшення кровотоку в мезентеріальних судинах, поверхні всмоктування, зниження швидкості всмоктування в кишечнику;

- розподіл – зменшення обсягу рідини в організмі, м'язової тканини та збільшення жирової тканини, зміна тканинної перфузії; збільшення обсягу розподілу ліпофільних лікарських засобів може збільшити період їх напіввиведення; зменшення обсягу розподілу гідрофільних лікарських засобів;

- зв'язування з білками – зменшення вмісту альбумінів у сироватці крові, підвищення рівня кислого α₁-глікопротеїну;

- метаболізм – зменшення маси печінки, печінкового кровотоку, метаболічної активності; зниження пресистемного метаболізму, метаболізму I та II фази;

- екскреція – зменшення клубочкової фільтрації та канальцевої секреції; зниження ниркової екскреції лікарського засобу. Для оцінки функціональної здатності нирок у пацієнтів похилого віку слід розраховувати швидкість клубочкової фільтрації. Крім визначення швидкості клубочкової фільтрації за формулою СКД-ЕРІ доцільно розраховувати кліренс креатиніну за формулою Кокрофта-Голта, оскільки в інструкціях із використання багатьох лікарських засобів цей показник застосовується для корекції дози.

Особливості фармакодинаміки лікарських засобів

Однією з основних характеристик старіння є поступове зниження гомеостатичних механізмів, зміна стану специфічних рецепторів, зменшення їхньої кількості та чутливості до лікарського впливу. Тож після фармакологічного порушення фізіологічної функції потрібно більше часу для її відновлення до початкового стану, а частота несприятливих ефектів препарату збільшується. Цим пояснюється важкопрогнозований характер відповіді старечого організму на лікарський засіб.

Особливості дозування лікарських засобів у літньому та старечому віці зумовлені тим, що для більшості препаратів фармакокінетичні процеси мають уповільнений перебіг, що призводить до підвищення вільної фракції лікарського засобу в крові. Ризик небажаних лікарських взаємодій потрібно враховувати під час планування медикаментозної терапії.

Призначаючи медикаментозну терапію в похилому віці, варто також враховувати, що літня людина через ослаблений стан здоров'я може плутати призначені лікарські препарати та приймати їх неправильно. Для забезпечення адекватної прихильності до лікування потрібно максимально спростувати його схему та давати чіткі інструкції як пацієнтові, так і його близьким. Доцільно пояснити мету застосування кожного препарату. Важливо контролювати прийом медикаментів літнім пацієнтом, особливо якщо він проживає один. Особливу увагу необхідно приділяти препаратам, регулярний прийом яких має важливе значення для пацієнта. В ідеалі лікарські засоби варто призначати 1-2 рази на день.

У людей старшого віку вищі захворюваність і потреба в медичній допомозі. За спостереженнями, люди похилого віку споживають більш як третину лікарських засобів, які виробляються фармацевтичною промисловістю. Транспонувати фармакологічні ефекти ліків на хворих старших вікових груп складно. Це пов'язано з тим, що в клінічних дослідженнях неохоче включають пацієнтів похилого та старечого віку, тим паче довгожителів, оскільки компанії, які фінансують дослідження, часто встановлюють верхні вікові межі для участі в ньому. Крім того, виробники лікарських засобів також не приділяють належної уваги проблемі особливостей впливу препаратів на літніх людей.

Отже, забезпечення належної якості наданої геріатричної допомоги визначається розумінням основ геріатрії та потребує формування диференційованого персоналізованого підходу до ведення пацієнтів старших вікових груп.

Синдроми та потенційні небажані лікарські реакції	Лікарські засоби / група лікарських засобів
Падіння	Седативні, снодійні, антихолінергічні, антигіпертензивні, антидепресанти, цукрознижувальні, діуретики, лікарські засоби, котрі пригнічують атріовентрикулярну провідність (β-блокатори, недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів та ін.), вазодилататори (нітрати, α-адреноблокатори та ін.)
Погіршення когнітивної функції	Антихолінергічні, антигістамінні засоби, бензодіазепіни, трициклічні антидепресанти
Нетримання сечі	Антихолінергічні засоби, опіатні анальгетики, трициклічні антидепресанти, блокатори кальцієвих каналів, препарати кальцію
Запор	Антихолінергічні засоби, опіатні анальгетики, трициклічні антидепресанти, блокатори кальцієвих каналів, препарати кальцію
Діарея	Антибіотики, інгібітори протонної помпи, алопуринол, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, антагоністи рецепторів ангіотензину II, психотропні засоби
Шлунково-кишкові кровотечі	Нестероїдні протизапальні препарати, ацетилсаліцилова кислота, пероральні антикоагулянти
Делірій	Антидепресанти, психотропні, протиепілептичні, антигістамінні засоби, ципрофлоксацин, азитроміцин