**Как лучше принимать лекарства в таблетках или инъекциях?**

Многие пожилые пациенты из России любят **хотя бы 1-2 раза в год** «*прокапаться*» в больнице или в поликлинике. В народе считается, что такой курс инъекций **более эффективен**, чем прием лекарств внутрь, и «не действует» на печень. Я постараюсь рассказать, почему это мнение не совсем верно. В народе инъекцию называют *уколом*, инфузию — «*капельницей*».

В большинстве случаев я бы рекомендовала **прием лекарств внутрь** (через рот). Пероральный прием лекарств имеет множество **преимуществ**:

1. естественно,
2. дешево (не нужны шприцы, лекарственные формы стоят дешевле),
3. просто и доступно (не требуется соответствующая квалификация и оснащение),
4. меньше риск воспалительных осложнений (после внутримышечного введения может возникнуть абсцесс, или гнойник, а после внутримышечного введения раздражающего препарата — тромбофлебит, или воспаление вены),
5. меньше риск смертельных аллергических реакций (при приеме внутрь они развиваются медленнее, чем при парентеральном введении),
6. не требуется стерильность (не удастся заразиться ВИЧ или парентеральными гепатитами B и С),
7. большой выбор лекарственных форм (таблетки, капсулы, драже, порошки, пилюли, отваров, микстуры, настои, экстракты, настойки и др.).

**Кому нужно парентеральное введение лекарств?**

Лечение абсолютного большинства хронических заболеваний специально разрабатывалось с расчетом на **длительный регулярный прием препаратов внутрь** (артериальная гипертензия, ИБС и др.).

Исключений мало:

* *инсулин* при сахарном диабете 1 типа,
* *альбумин и антитела* (иммуноглобулины),
* *ферменты* при лизосомных болезнях накопления и др.

Инсулин, антитела, многие ферменты бесполезно принимать внутрь, потому что, являясь белками по химической структуре, в ЖКТ они просто **перевариваются** под действием пищеварительных ферментов пациента.

Таким образом, большинство хронических заболеваний не требует планового курса парентерального введения лекарств. Достаточно их регулярного приема внутрь. Зачастую **«профилактические» курсы уколов бесполезны** или даже вредны. Они отнимают время у пациента (доехать до процедурного кабинета поликлиники) и ресурсы у системы здравоохранения. Поскольку чаще болеют и вынуждены лечиться люди с ожирением, а вены у них «плохие» (труднодоступные), то после ненужного курса внутривенных вливаний вены окажутся исколотыми или вокруг появится много подкожных гематом из-за выхода крови из поврежденного сосуда. Если через некоторое время у пациента возникнет осложнение, требующее интенсивного лечения, то медработникам получить венозный доступ будет сложнее (на скорой работают умельцы, но опыт приходит не сразу). В некоторых случаях это будет стоить жизни неразумному пациенту.

**Парентеральное** введение лекарств **оправдано в следующих ситуациях**:

1. если нужен **быстрый эффект** при острых заболеваниях или обострении хронических (лечение инфаркта миокарда, гипертонического криза и др.),
2. если у пациента нарушено **сознание** (не может осознанно глотать),
3. если нарушен процесс **глотания** (слабость мышц или поражение нервной системы),
4. если нарушено **всасывание** препарата в кишечнике
5. если лекарство из-за особенностей своего химического строения принципиально не способно **усваиваться** через желудочно-кишечный тракт,
6. если важна точная дозировка, которая не будет зависеть от особенностей ЖКТ пациента.

**Ответы на чужие аргументы**

 **«нет нагрузки на желудок»**

Не совсем понятно, какая «нагрузка» на желудок имеется в виду. Скорее всего, подразумевается **раздражающее действие** лекарств или их способность вызывать **повреждение слизистой** желудка. Например, *аспирин* или *диклофенак* могут вызвать гастрит и даже язву. Однако такой эффект обусловлен самим механизмом действия препаратов этой группы, поэтому парентеральный путь введения *диклофенака* не защитит вас от язвы, а прием аспирина в кишечнорастворимой оболочке лишь незначительно снизит риск. Гораздо лучше поможет замена *диклофенака* на более современный препарат из группы НПВС, который минимально действует на желудок или хотя бы параллельный прием блокатора протонного насоса.

В целом же сильнораздражающие вещества не вводятся парентерально (иногда можно только в виде длительной медленной инфузии), потому что способны вызвать раздражение и некроз (омертвение) окружающих тканей, в том числе стенок вен с развитием воспаления — **тромбофлебита**. Другими словами, если препарат нормально переносится в виде укола, то и в лекарственной форме для приема внутрь он не вызовет местного раздражения.

**«не действуют на печень»**

Наш организм устроен так, что **вся оттекающая кровь от желудка и кишечника** (за исключением нижней половины прямой кишки) сперва проходит через печеночный барьер. Печень проверяет эту кровь на безопасность и отправляет в **системный кровоток** (в нижнюю полую вену, которая подходит к сердцу). Часть системного кровотока всегда проходит через печень, и лекарственный препарат там постепенно подвергается **биотрансформации** под действием печеночных ферментов. Поэтому со временем действие препарата уменьшается, и приходится принимать очередную дозу лекарства. Таким образом, между уколами и таблетками отличие небольшое: при всасывании из ЖКТ любой препарат должен изначально пройти через печеночный барьер, чтобы попасть в системный кровоток. А при уколах препарат сразу попадает в кровь, минуя печень, но потом все равно вынужден многократно проходить печеночный барьер. Если у вас серьезные проблемы с печенью, то желательно вместе с лечащим врачом подбирать препараты, которые минимально там метаболизируются (разрушаются). Отказываясь от необходимого лечения из-за боязни «*посадить печень*», помните: хотя искусственной печени до сих пор не придумали, среднестатистический риск умереть от сердечно-сосудистых заболеваний гораздо выше, чем от болезней печени.

**«не вызывают дисбактериоз»**

Это заблуждение. Антибиотики при парентеральном введении **попадают в ткани кишечника из крови**. **При парентеральном введении** *амоксициллина/клавуланата, эритромицина* и других антибиотиков из групп *макролидов, цефалоспоринов и пенициллинов* риск развития диареи, обусловленной дисбактериозом, **равен аналогичному риску** при приеме этих антибиотиков внутрь. Таким образом, парентеральный путь введения антибиотиков по сравнению с пероральным (per os — через рот) **не уменьшает частоту дисбактериоза и диареи** как осложнения.

Для профилактики антибиотик-ассоциированной диареи можно использовать *энтерол, пробиотики, лактулозу* в бифидогенных дозах.

**«в больнице лечат в основном уколами»**

Если в стационаре не назначат парентеральные инъекции, получится, что вас **зря там держат**. С таким же успехом (принимая все лекарства внутрь) вы могли бы лечиться и дома. Однако не все пациенты в больнице старательно лечатся. Есть анекдот: «*Доктор, у меня от ваших таблеток больничный быстро заканчивается! Не хочу их принимать*». Таблетки можно **не принять или выкинуть**, в отличие от уколов, которые делает медсестра.

Врач-терапевт участковый

Поликлинического отделения №37

Е.В. Васильева