

УДК: 616.89

И. В. Калугин, Е. А. Хаустова
ПРОБЛЕМЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И АДЕКВАТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Київ

Ключевые слова: полиморбидность, полифармация, полипрагмазия, фармакомания

В Древней Греции великий мыслитель и врач Гиппократ писал: «Осмотр тела — целое дело: он требует знания, слуха, обоняния, осязания, языка, рассуждения». Он, наперекор своим противникам, был убежден в необходимости поиска глубоко спрятанной причины болезни, а не устранения лишь её симптомов. Современная медицина обладает широким спектром диагностических и лечебных процедур, и в связи с этим возник вопрос - как правильно оценить больного, страдающего одновременно несколькими заболеваниями, с чего начать его обследование и на что в первую очередь и в последующем направить лечение? Многие годы этот вопрос оставался открытым, пока в 1970 году А. R. Feinstein [36] — выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог, оказавший значительное влияние на технику проведения клинических исследований, не предложил понятие «коморбидность». Явление коморбидности профессор Feinstein продемонстрировал на примере больных острой ревматической лихорадкой, обнаружив худший прогноз у пациентов, страдающих одновременно еще несколькими заболеваниями.

Термин коморбидность, (от лат. со - вместе, morbus — болезнь) — означает наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него. У этого термина существуют много синонимов, таких как полиморбидность, мультиморбидность, соболезненность, мультифакториальные заболевания и другие [39].

Кроме терапевтов и врачей общей практики с проблемой полиморбидности весьма часто сталкиваются и узкие специалисты. К сожалению, они крайне редко обращают внимание на сосуществование у одного больного целого спектра болезней и преимущественно занимаются лечением профильного заболевания. В существующей практике урологи, гинекологи, оториноларингологи, офтальмологи, хирурги и другие специалисты зачастую выносят в диагноз лишь «свое» заболевание, отдавая поиск сопутствующей патологии другим специалистам. В настоящее время негласным правилом любого профильного отделения стала консультативная работа терапевта, взявшего на себя синдромальный анализ пациента, а также формирование диагностической и лечебной тактики, учитывающей потенциальные риски больного и его отдаленный прогноз.

На основании имеющихся клинических и научных данных можно сделать вывод, что полиморбидности присущ спектр свойств, характеризующих её, как неоднородное, но часто встречающееся явление, которое увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз заболевания у больных [37].

Значимость полиморбидности не вызывает сомнений, но как её измерить у конкретного пациента? В настоящее время существует несколько общепризнанных методов измерения полиморбидности [40]:

- Система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) — разработанная в 1968 году В. S. Linn, стала революционным открытием, так как дала возможность практическим врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре коморбидного статуса их пациентов.
- Система CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics) — разновидность системы CIRS у пожилых больных, предложенная в 1991 году М. D. Miller, учитывающая возраст больных и специфику болезней пожилого возраста.
- Индекс Charlson — предложен для оценки отдаленного прогноза у коморбидных больных в 1987 году М. E. Charlson [41]. Данный индекс представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 40) наличия определенных сопутствующих заболеваний и используется для прогноза летальности.
- Индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease) — был первоначально разработан в 1993 году S. Greenfield для оценки коморбидности больных злокачественными новообразованиями, а в последующем нашёл применение и у других категорий пациентов.
- Индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity) - разработан в 2002 году.
- Индекс FCI (Functional Comorbidity Index) - разработан в 2005 году.
- Индекс TIBI (Total Illness Burden Index) - разработан в 2007 году.

Основным препятствием на пути внедрения систем оценки коморбидности в разносторонний лечебно-диагностический процесс является их разрозненность и узкая направленность. Несмотря на разнообразие методов оценки коморбидности, вызывает обеспокоенность отсутствие единого общепринятого способа её

измерения, лишённого недостатков существующих методик. Отсутствие единого инструмента, созданного на основе колоссального международного опыта, а также методологии его использования – не даёт коморбидности «повернуться лицом» к практикующему врачу. При этом из-за разрозненности в подходах к анализу коморбидного статуса и отсутствия составляющих коморбидности в учебных программах медицинских ВУЗов, клиницисту не очевидно её прогностическое влияние, что делает общедоступные системы оценки сопутствующей патологии неаргументированными, а поэтому и неостребованными [42].

Влияние полиморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально. Взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс. Полиморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода. Наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению койко-дней, росту инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, способствует увеличению вероятности падений у пожилых больных.

Наличие полиморбидности следует учитывать при выборе алгоритма диагностики и схемы лечения той или иной болезни. У полиморбидных больных необходимо уточнять степень функциональных нарушений. При появлении каждого нового даже маловыраженного симптома - следует проводить исчерпывающее обследование с целью определения его причины.

В большей степени полиморбидность характерна для лиц пожилого возраста. Количество людей, достигших 65 летнего рубежа, в Украине постоянно увеличивается. Около 1/5 населения Украины представляют собой лица, старше 60 лет. В среднем у одного пациента старше 65 лет, обратившегося за амбулаторной или стационарной помощью, обнаруживается четыре-пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях [1].

Именно явление полиморбидности заставляет пациентов пожилого возраста обращаться и наблюдаться у врачей разных специальностей. Также необходимо отметить, что полиморбидность приводит к полипрагмазии (одновременное назначение врачами, нередко неоправданное, многих лекарственных веществ или лечебных процедур) и полифармазии (одновременный прием нескольких лекарственных средств пациентом), что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пациентов, а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению). Кроме того, полипрагмазия и полифармазия у пациентов пожилого и старческого возраста, способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов [8].

Необходимо также учитывать зависимость между возрастом и подверженностью лекарственным взаимодействиям [1]. Пожилые люди наиболее часто страдают от лекарственных осложнений. И это вполне объяснимо: около 60% пациентов, находящихся на приеме у терапевта, старше 55 лет. По имеющимся данным: и в Великобритании, и в США пожилые люди потребляют не менее 30% всех назначаемых лекарств. В США человек старше 65 лет получает 10,7 новых и возобновляемых рецептов в год. В Великобритании при исследовании репрезентативной выборки из людей старше 65 лет выяснилось, что 70% были назначены лекарства, а 60% пациентов из выборки принимали одно или несколько назначенных лекарств за 24 часа перед интервьюированием. В среднем на одного человека приходилось 2,8 назначенных лекарств. Почти каждое третье назначение было признано «фармакологически небесспорным». В Италии 40% людей старше 70 лет ежедневно принимают 4–6 лекарств, а 12% принимают свыше 9. За последние 8 лет в США количество лекарств, назначаемых пожилым больным, увеличилось с 27 до 35% [4].

Так как пожилым пациентам чаще назначают различные препараты, потенциальная возможность лекарственных взаимодействий у этой группы населения достаточно высока. Исходя из этого, становится очевидной значимость оценки возможных лекарственных взаимодействий при подборе терапии на современном этапе развития фармакологии.

Необходимо учитывать постоянный рост числа пациентов старше 65 лет, которые нуждаются в одновременном назначении нескольких препаратов, что приводит к увеличению процента неблагоприятных лекарственных взаимодействий [3]. К сожалению, на данный момент не существует адекватных мер слежения за этим процессом. Полипрагмазия встречается у 56% пациентов моложе 65 лет и у 73% старше 65 лет. Прием двух препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% пациентов. Прием 5 препаратов увеличивает их частоту до 50%. При приеме 10 препаратов риск лекарственных взаимодействий достигает 100%. В одном из исследований было продемонстрировано, что среднее количество препаратов, принимаемых пациентами (как назначенных докторами, так и принимаемых самостоятельно), составляет 10,5, при этом в 96% случаев доктора не знали точно, что принимают их пациенты [7].

Прием слишком большого количества лекарств - это лишь часть проблемы. Даже одно лекарство может оказывать более сильное воздействие на пожилых людей; это происходит вследствие ряда физических изменений, влияющих на метаболизм лекарств у пожилых. В числе этих изменений [11]: снижение кровоснабжения и моторики желудочно-кишечного тракта замедляет всасывание лекарств; снижение веса, гиповолемия, снижение белка в крови, что делает вероятным более высокую концентрацию многих лекарств, в особенности водорастворимых. Также значимо повышенное содержание липидов в организме, так как жирорастворимые лекарства имеют более низкую концентрацию. Снижение

кровообращения в печени и снижение ферментной активности позволяет некоторым лекарствам поступать в кровяное русло в большей концентрации и дольше в нем оставаться; сниженная функция почек, приводит к тому, что лекарства выводятся медленнее. Кроме того, из-за меньшего количества меньше рецепторов и медиаторов в мозге и центральной нервной системе, приводит к тому, что лекарства, воздействующие на ЦНС, могут иметь более выраженный и продолжительный эффект.

Поскольку существует больше риска, что лекарства будут накапливаться в организме, пожилым людям необходимо правильное титрование дозировок лекарств соответственно их конкретным потребностям, состоянию здоровья. Если не обеспечить такого индивидуального назначения, последствия могут быть трагическими. Человек, сознание которого путается из-за приема транквилизаторов, может быть признан жертвой старческого слабоумия и доставлен в гериатрическое отделение, где ему будут давать дополнительно лекарства для прояснения сознания [2]. Лекарства, применяемые для снижения кровяного давления, сокращают объем крови, поступающей к сердцу и мозгу, что опять же может стимулировать симптомы сенильных явлений и подвергнуть человека риску. Пожилым людям часто назначаются диуретики, иногда в чрезмерном количестве. Диуретики вызывают более частое опорожнение мочевого пузыря и у пожилых людей могут стимулировать недержание мочи [13]. Пожилым людям часто назначаются психотропные средства, которые могут вызывать тяжелые побочные эффекты. В одном британском исследовании обнаружилось, что половина пожилых пациентов, поступавших в отделения больницы, принимали транквилизаторы группы бензодиазепа, назначенные их семейным врачом. В США 1,5 миллиона пожилых людей принимают слабые транквилизаторы ежедневно в течение одного года или дольше и свыше 500 тысяч пожилых ежедневно принимают таблетки снотворного действия в течение одного месяца или дольше. В обоих случаях нет данных, что эти препараты эффективны при непрерывном длительном использовании. Уже давно проводилась связь между транквилизаторами группы бензодиазепа и их неблагоприятным воздействием на психомоторную деятельность, познавательные функции, внимание и память у пожилых людей. Снотворные, седативные средства и транквилизаторы в «средних» дозах могут вызвать у пожилого человека спутанность мыслей и неустойчивость при движениях; снотворные группы бензодиазепинов, которые у большинства пациентов выводятся в течение восьми часов, у пожилых могут «зависнуть» на весь следующий день [15].

Имеются достаточно последовательные доказательства того, что психотропные средства связаны с повышенным риском падений у пожилых людей. Было обнаружено, что диазепам, в частности, связан с высоким риском падений, и это побудило исследователей рекомендовать не использовать его у пожилых людей. Так в исследовании больных старшей возрастной группы в количестве 7 тыс. человек оценивался риск сочетанного

применения лекарственных средств, оказывающих влияние на ЦНС и диуретиков. Выяснилось, что комбинация этих групп препаратов является наиболее частой причиной падений у пожилых: из 2 тыс. больных, имеющих в анамнезе перелом шейки бедра – 70% лечились лекарственными препаратами высокого риска развития падений и переломов [15].

Побочные лекарственные реакции у пожилых людей – наиболее часто встречающиеся нежелательные явления проводимой терапии. Исследования, проведенные в разных странах мира, показывают, что частота побочных явлений, связанных с применением медикаментов у госпитализированных больных старше 60 лет, составляет от 10 до 25%. Этот в 2–3 раза выше, чем у больных моложе 30 лет. Демографические факторы (пожилой возраст, женский пол, малый вес тела, печеночная или почечная недостаточность, прием нескольких лекарств и предыдущие побочные реакции) коррелируют с частотой побочных реакций. Кроме того, у пожилых людей возрастает реакция на стандартные дозы лекарств и ответ на фармакологический стресс. Тем не менее, вероятность учащения побочных лекарственных реакций с возрастом остается спорным вопросом. Нет убедительных оснований считать, что возраст сам по себе является фактором, увеличивающим число нежелательных лекарственных явлений. Но вполне очевидно, что возрастание риска развития побочных лекарств у пожилых обусловлено скорее не старением, а увеличением числа заболеваний с возрастом и увеличения количества используемых лекарственных препаратов [11].

Соблюдение режима приема лекарств (комплаентность) – еще один фактор, который может привести к осложнениям в лечении. Эта проблема типична для пациентов любого возраста, но у пожилых людей она стоит более остро из-за плохой памяти, плохого слуха и зрения, трудностей с открыванием флаконов и необходимости соблюдать сложные режимы дозировки. Выполнение врачебных рекомендаций, является важным фактором успешного лечения острых и хронических заболеваний. От 25 до 50% амбулаторных больных не выполняют правильно врачебные рекомендации. Отсутствие ясного понимания необходимости выполнения предписанного лечебного режима приводит к терапевтическим неудачам. В одном из исследований показано, что несоблюдение врачебных рекомендаций по приему лекарств имело место у 40% пожилых больных, причем очень часто такое несоблюдение было сознательным. В частности, оно могло быть вызвано желанием использовать большее количество медикаментов и получить назначение от нескольких врачей. У больных старше 65 лет частота несоблюдения режима приема лекарств возрастает в 2 раза при ежедневном приеме 3 и более медикаментов, тогда как у больных моложе 65 лет она одинакова при приеме 1, и 2, и 3, и большего количества лекарств. Иногда некомплаентность связана с желанием уменьшить или избежать побочных реакций. Некоторые больные сознательно

снижают дозы препаратов во избежание негативных эффектов [7].

Огромное значение имеют особенности фармакокинетики (абсорбция, распределение, метаболизм, выведение) и фармакодинамики лекарственных средств у пожилых. С возрастом изменяется чувствительность организма к лекарственным препаратам. Характер влияния лекарственных препаратов на организм имеет, в старческом возрасте, существенные особенности. Возрастные изменения фармакодинамики обусловлены тем, что при ухудшении условий доставки лекарств к тканям число специфических рецепторов уменьшается, однако их чувствительность к лекарственным воздействиям увеличивается и извращается. Этим объясняется разнонаправленный и труднопрогнозируемый характер ответа старческого организма на лекарственные средства. Возникновению извращенных реакций на препараты способствуют сниженная физическая активность, меньшее потребление пищи и воды, склонность к запорам, витаминная недостаточность, ухудшение кровоснабжения тканей и относительное преобладание возбудительных процессов в нервной системе старых людей [16].

Явление «избыточности патологии» у пожилых пациентов способствует появлению такого феномена как фармакомания, что означает стремление пациента к употреблению различных лекарственных средств или необоснованно продолжительному приему отдельного лекарственного средства. Длительный и необоснованный прием лекарственных средств приводит к развитию синдрома зависимости и неконтролируемым межлекарственным взаимодействиям, что значительно усложняет лечение пациентов пожилого возраста и увеличивается риск развития побочных эффектов [9].

Неблагоприятные эффекты, возникающие при попытке «поправить» возрастные и вызванные заболеванием расстройства с помощью множественной фармакотерапии, часто являются последней каплей, за которой следует неспособность для пожилого человека продолжать относительно самостоятельную жизнь.

В современных условиях, когда пациенты получают одновременно сразу несколько медикаментов для лечения их заболевания (заболеваний), проблема лекарственного взаимодействия представляется крайне важной для практического врача. Ведь неблагоприятные явления, возникшие вследствие лекарственного взаимодействия, могут приводить к потере терапевтического эффекта или усилению токсичности (передозировке). Практикующему врачу крайне важно иметь представление об основных механизмах лекарственного взаимодействия, так как во многих случаях потенциальное взаимодействие можно предвидеть на основе знаний о препарате (пероральная биодоступность, механизм элиминации, выраженность токсичных эффектов) [5].

Таким образом, проблема взаимодействия лекарственных препаратов в современных условиях является одной из наиболее актуальных проблем практической медицины. Знания об основных лекарственных

взаимодействиях позволят врачу повысить безопасность проводимой терапии.

Единовременное лечение нескольких болезней требует строгого учёта сочетаемости препаратов и досконального соблюдения правил рациональной фармакотерапии, основанной на постулатах академиков Е. М. Тареева «Каждое непоказанное лекарство противопоказано» и Б. Е. Вотчала «Если препарат лишен побочных эффектов, следует задуматься, есть ли у него какие-либо эффекты вообще».

Общие принципы назначения лекарственных средств пожилым больным не отличаются от таковых в других возрастных группах. Отличие состоит в том, что у пожилых пациентов одновременно встречается нескольких заболеваний, требующих применения нескольких лекарственных средств, имеются изменения в лекарственном ответе, высока вероятность возникновения побочных реакций, и все это требует более тщательного мониторинга лекарственной терапии. Исходя из вышесказанного, у пожилых больных сложнее предсказать результаты лечения. Кроме того, нарушения в системе гомеостаза у них повышают риск возникновения токсических реакций [38].

Основной целью при лечении пожилых пациентов является облегчение симптомов и улучшение качества жизни. Основные принципы назначения лекарственных средств у пожилых [4]:

1. Определение необходимости назначения лекарственных средств: не все болезни пожилых людей требуют медикаментозного лечения; по возможности избегать применения лекарств, но обязательно назначать их, если стоит вопрос о качестве жизни; перед началом лечения должен быть поставлен точный диагноз.
2. Тщательное выявление характера уже проводимого лечения, всех привычек больных: больной может получать рекомендации и лечение от нескольких врачей; сведения об уже получаемой терапии позволят избежать нежелательных лекарственных взаимодействий; курение, алкоголь, употребление кофе могут привести к усилению действия лекарств.
3. Хорошее знание механизма действия назначаемого лекарства: знание о влиянии возрастных изменений на распределение лекарств и ответ на лечение; назначать хорошо изученные лекарства.
4. Инициация терапии с небольших доз лекарств: стандартная доза часто велика для пожилых больных; влияние возраста на печеночный метаболизм не всегда предсказуемо, а почечная экскреция лекарств и их метаболитов снижается с возрастом; пожилые больные более восприимчивы к препаратам, влияющим на ЦНС.
5. Необходимость титрования дозы до нужного эффекта: определить оптимальный терапевтический эффект; доводить дозу до определенного терапевтического результата или возможного предела, после которого могут возникнуть побочные явления; в отдельных случаях комбинированная терапия более адекватна и эффективна.

6. Выбирать более простой режим применения, обеспечивающий комплаентность: избегать сложных режимов дозирования, наиболее приемлем прием лекарств один-два раза в сутки; тщательно инструктировать больных и их родственников по приему лекарств; объяснить, для чего выписано лекарство; предложить вести запись по приему лекарств; за пожилым больным необходим постоянный контроль.

Материалы исследования. С целью улучшения качества медицинской помощи путем редукции явлений полифармации, полипрагмазии и фармакомании у больных с полиморбидностью нами было проведено исследование 382 пациентов геронтопсихиатрического отделения мариупольской психиатрической больницы в период 2012-2013 гг. Пилотное исследование длилось в течение 1 года 9 месяцев.

Результаты исследования. Нами было установлено, что из 382 пациентов (по полу: 134 мужчины и 248 женщин) в возрасте старше 65 лет, кроме основного психиатрического диагноза имели более 2 соматических заболеваний, что составляет 81,4% (в абсолютных цифрах – 311 человек). Из общего количества у мужчин – 79,1% (в абсолютных цифрах – 106), у женщин 82,7% (абсолютных цифрах – 205).

Кроме того, было установлено, что у женщин чаще комбинируются атеросклеротическая деменция с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, цереброваскулярными заболеваниями. У мужчин достоверно чаще регистрируются сочетания деменция с цереброваскулярными заболеваниями и с заболеваниями мочеполовой системы. Причем, из 382 пациентов старше 65 лет частота применения более 4 лекарственных препаратов одновременно составила 75,4%.

Выводы. Мы полагаем, что профилактика явлений полиморбидности, полифармации, полипрагмазии и фармакомании у пациентов пожилого возраста является актуальной проблемой современной социальной психиатрии. Успешное ее разрешение позволит улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста (стандарты ведения), значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни таких пациентов.

Литература:

1. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А. Актуальні питання геронтопсихіатрії. – Тернопіль, 2010 р.
2. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А., Колеснікова Я. І. Реабілітаційні заходи для пацієнтів похилого та старечого віку з деменцією - Тернопіль, 2010 р.
3. Мосолов С. Н. Современный этап развития психофармакотерапии // Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под ред. С. Н. Мосолова. — М.: Бином, 2002. — С. 21–37.
4. Вуд Ф. Психофармакология позднего возраста / Пер. с англ.; Под ред. Р. Джекоби, К. Опенгеймер. — 2-е изд. — Киев: Сфера, 2001. — Т. 1. — С. 205–232.
5. Пінчук І. Я., Хаустова О. О. Проблема депресії в аспекті охорони психічного здоров'я осіб похилого віку // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2013. - №3. – http://www.mif-ua.com/archive/article_print/36851
6. Семке В. Я., Цыганков Б. Д., Одарченко С. С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М., 2006; 240–8,382–4.
7. С. А. Маляров, к. м. н., В. А. Демченко, Т. В. Витебская Чем должен руководствоваться врач при назначении комбинированной

- антипсихотической терапии? Психоневрологическая больница №2 г. Киева, *Нейронews*, 2009г., с. 14-18.
8. Хайдер С. И., Johnell K, M Thorslund, Fastbom J (2007). «Тенденции в полипрагмазии и потенциальных лекарственных взаимодействиях между образовательными группами у пациентов пожилого возраста в Швеции за период 1992 - 2002». *Международный журнал по клинической фармакологии и терапии* 45 (12):p. 643-653. PMID 18184532.
 9. Хайдер С. И., Johnell K, Weitof GR, Thorslund M, J Fastbom (2009). «Влияние уровня образования на полипрагмазии и ненадлежащего использования наркотиков: на основе регистров исследования более чем 600.000 пожилых людей». *Журнал Американского гериатрического общества* 57 (1): 62-69. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02040.x. PMID 19054196.
 10. Rowland M, Tozer TN. *Clinical pharmacokinetics, concepts and applications*. 3rd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1995, pp. 601.
 11. Hammerlein A, Derendorf H, Lowenthal DT. Pharmacokinetic and pharmacodynamic changes in the elderly. *Clin Pharmacokinetics* 1998; 35:p.49–64.
 12. Lindeman RD. Changes in renal function with aging: implications for treatment. *Drug Aging* 1992;2(5)? P. 23–31.
 13. Williams BR, Kim J. Cardiovascular drug therapy in the elderly: theoretical and practical considerations. *Drug Aging* 2003;20(6), p. 445–463.
 14. Yoshikawa TT, Norman DC. *Antimicrobial therapy in the elderly patient*. "Marcel Dekker" N.Y., Basel, Hong Kong 1994: pp.558.
 15. Nolan L, O'Malley K. Adverse effects of antidepressants in the elderly. *Drug Aging* 1992; 2(5): pp. 450–458.
 16. Rollanson V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drug Aging* 2003;20(11): pp. 817–832.
 17. Walker J, Wynne H. Review: the frequency and severity of adverse drug reactions in elderly people. *Age Aging* 1994;23: pp. 255–259.
 18. Zazove, P., Mehr, D., et al, «A criterion-based review of preventive health care in the elderly: Part 2. A geriatric health maintenance program». *Journal of Family Practice*, Vol 34, No 3, 1992, pp320-347.
 19. Anon., *Growing Opportunities for Geriatric Pharmaceuticals*, New York, MIRC, 1989.
 20. Bird, H. A., «Antirheumatic drugs in the elderly», *Annals of the Rheumatic Diseases*, Vol 49, 1990, pp1022-4; Lowenthal, D. T. and Nadeau, S. E., «Drug-induced dementia», *Southern Medical Journal*, Vol 84, Suppl. 1, May 1991, pp1S-24-1S-31.
 21. Cummings, D. M. and Uttech, K. M., «Antibiotics for common infections in the elderly», *Primary Care*, Vol 17, No 4, Dec 1990, pp883-903.
 22. Anon., «Elderly people: their medicines and their doctors», *Drug and Therapeutics Bulletin*, Vol 28, No 20, 1 Oct 1990, pp77-79.
 23. Anon., «Drug consumption in the elderly in Italy», *Scrip*, No 1721/2, 27/29 May 1992, p4.
 24. Schneider, J. K., Mion, L. C., and Frengley, J. D., «Adverse drug reactions in an elderly outpatient population», *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 49, Jan 1992, pp. 90-96.
 25. Anon., «Problems of aging overestimated?», *Scrip*, No 1655, 27 Sep 1991, pp. 4-5.
 26. Lexchin, J., «Adverse drug reactions», *Canadian Family Physician*, Vol 37, Jan 1991, pp. 109-118.
 27. Anon., «Drugs and the elderly - US debate continues», *Scrip*, No 1407, 28 Apr 1989, p. 18.
 28. *Advertisement in the American Journal of Medicine*, Vol 91, No 2, Aug 1991, pp. A30-A32.
 29. Dukes, M. N. G. and Beeley, L., (eds). *Side Effects of Drugs Annual 14*, Amsterdam, Elsevier, 1990, p. 86.
 30. Anon., «Prescriptions for profit», transcript of a television documentary broadcast on the Frontline programme on 28 Mar 1989, Boston, WGBH Transcripts, p. 29.
 31. Anon., «Drug effects in the elderly», *WHO Drug Information*, Vol 5, No 2, 1991, p61.
 32. Williamson, J., «Introduction», *British Medical Bulletin*, Vol 46, No 1, 1990, pp. 1-8.
 33. Wolfe, S. M., Fugate, L., et al, *Worst Pills Best Pills*, Washington, Public Citizen Health Research Group, 1988, pp69-70.

34. Potter, J.F. and Haigh, A., «Benefits of anti-hypertensive therapy in the elderly», *British Medical Bulletin*, Vol 46, No 1, 1990, pp. 77-93.
35. Нуллер Ю. Л. Обзор психиатрии и медицинской психологии // Москва, 1993; 1:29-37
36. Kaplan M. H, Feinstein A. R. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus // *Journal Chronic Disease*, 1974; 27:387-404, 1974
37. Pincus T., Callahan L.F. Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously: Predictive markers, socioeconomic status and comorbidity // *J. Rheumatol*, 1986; Vol.13, P.841-845
38. Schellevis F. G., Velden J. vd, Lisdonk E. vd Comorbidity of chronic diseases in general practice // *J Clin Epidemiol*, 1993; 46:pp.469-473.
39. Schellevis F.G., Velden J. vd, Lisdonk E. vd Comorbidity of chronic diseases in general practice // *J Clin Epidemiol*, 1993; 46:469-473
40. Kaplan M.H, Feinstein A.R. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus // *Journal Chronic Disease*, 1974; 27:387-404, 1974
41. Charlson M. E., Sax F. L. The therapeutic efficacy of critical care units from two perspectives: a traditional cohort approach vs a new case-control methodology // *J Chronic Dis*. 1987;40(1):31-9
42. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease // *Journal Chronic Disease*, 1970; 23(7):455-468

THE PROBLEMS OF POLYMORBIDS AND ADEQUATE PHARMACOTHERAPY AMONG THE ELDERLY-AGED PATIENTS

I. V. KALUGIN, E. A. KHAUSTOVA

The article presents the research results which were taken in the psychiatric department for people of old age in Mariupol urban hospital and literature survey on the subject of polymorbids problems and adequate pharmacotherapy among the elderly-aged patients. The phenomena of the polymorbids, polypharmacy, polypragmasy and pharmacomania among the elderly-aged patients, which are the actual problem of modern medicine and social psychiatry in particular are presented in the article. Studying of these phenomena will allow to improve the efficiency of treatment among the elderly-aged patients, will reduce considerably the risk of side effect development. It will also help to cut down the expenses and to improve the life quality of the elderly-aged patients in whole.

Keywords: polymorbids, polypharmacy, polypragmasy, pharmacomania.

ПРОБЛЕМЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И АДЕКВАТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

И. В. КАЛУГИН, Е. А. ХАУСТОВА

В статье представлены результаты исследования проводимого на базе геронтопсихиатрического отделения мариупольской городской больницы и обзора литературы на тему проблемы полиморбидности и адекватной фармакотерапии у пациентов пожилого возраста. Описаны явления полиморбидности, полифармации, полипрагмазии и фармакомании у пациентов пожилого возраста, которые является актуальной проблемой современной медицины и в частности социальной психиатрии. Изучение этих явлений позволит улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста, значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни пожилых пациентов.

Ключевые слова: полиморбидность, полифармация, полипрагмазия, фармакомания.