

## СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 57.017.68+616.1/9

И.В. Калугин, Е.А. Хаустова

ПОЛИПРАГМАЗИЯ И ПОЛИФАРМАЦИЯ  
У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯУкраинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии  
и наркологии МЗ Украины, г. Киев**Ключевые слова:**  
полипрагмазия,  
полифармация,  
фармакомания,  
полиморбидность.

В статье представлены результаты исследования, проведенного на базе геронтопсихиатрического отделения Мариупольской городской психиатрической больницы, и итоги обзора литературы по теме: полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля. Описанные явления полипрагмазии, полифармации и фармакомании у пациентов пожилого возраста являются актуальной проблемой не только социальной психиатрии, но и всей медицины в целом.

Сегодня, как и во все времена, врачевание немислимо без назначения лекарственных средств. Они помощники врача в его борьбе с болезнью. Миллионы спасенных и спасаемых жизней – вот результат благородного «труда» лекарств. Все это хорошо известно. Но тем не менее, применение лекарств таит в себе ряд опасностей, о которых, к сожалению, не всегда знают не только больные, но и многие врачи. В последние десятилетия вместе с научно-технической революцией произошел и «фармацевтический взрыв». Синтезированы и введены в обиход десятки тысяч новых препаратов со сложнейшим воздействием на организм человека. Их выпуск зачастую сопровождается шумной рекламой, привлекательным внешним оформлением [39]. Все это должно вызывать определенную настороженность как у пациентов, так и у врачей. Но как правило мы наблюдаем противоположный эффект. Впечатляющие данные, иллюстрирующие сказанное, можно найти в работах зарубежных, в частности американских ученых. Статистические данные последних лет показывают, что в больницах США ежегодно госпитализируется около 32 миллионов больных [29]. Установлено, что более 1,5 миллиона из них пришлось госпитализировать не вследствие самой болезни, а в связи с заболеванием от приема лекарств [22]. Высказывается мнение, что в больницах США ежегодно от лекарственной болезни умирает до 30 тысяч человек [20]. Разумеется, не во всех таких случаях виноваты врачи. Из-за непомерно высокой платы за медицинскую помощь в США широко распространено самолечение – прием лекарств не по назначению врача, а просто на основании инструкции или рекламы. Но даже за вычетом таких случаев, процент заболевших от лекарств, назначенных врачом, в США тоже довольно высок [23]. Сегодняшние реалии таковы, что обнаружив при обследовании больного нарушения многих функций организма, врачи спешат назначить лекарства для коррекции всех этих функций. В методологическом аспекте это грубейшая врачебная ошибка. Лечение неравнозначно назначению возможно большего

числа лекарств. Более того, их одновременное назначение нередко ведет к серьезным последствиям: возникают токсические эффекты, различные осложнения, ухудшение субъективного состояния больного, тяжелый медикаментозный гепатит. Могут развиваться и другие патологические состояния – стероидный диабет, обострение и генерализация различных инфекций, поражение кожи и слизистых оболочек, а также всех систем организма, аллергии и многое другое [15]. Тенденция подобного характера наблюдается и в нашей стране. Если поднять истории болезни лиц, находящихся в клиниках или на домашнем лечении, довольно часто можно обнаружить, что больному одновременно назначено 6–7, а иной раз 8–10 и даже больше лекарств [40].

Врачей, увлекающихся назначением многих лекарств одновременно, метко окрестили «фармакоманами» или «полипрагмазистами». Основная их ошибка состоит в недопонимании принципов врачебного искусства. По последним исследованиям российского Научно-исследовательского центра геронтологии, в последнее время резко увеличился рост потребления людьми старшего возраста лекарственных препаратов [7]. В большей степени это связано с явлением полиморбидности у лиц пожилого возраста. У одного пациента старше 65 лет, обратившегося за амбулаторной или стационарной помощью, обнаруживается в среднем четыре-пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях [3].

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 полифармации (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) [14]. Кроме того, полипрагмазия и полифармация у пациентов пожилого и старческого возраста способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов [8].

Активный рост потребления пожилыми людьми лекарственных препаратов является актуальной проблемой многих стран. К примеру в США основные потребители лекарств – люди старше 65 лет. В Англии треть общего числа потребителей сильнодействующих медикаментов составляют люди почтенного возраста, а в Италии и вообще около 40% пожилых граждан ежедневно потребляют до шести препаратов, а 12% – более девяти таблеток, но самым крупным потребителем лекарств является Турция [18]. Повышенное потребление лекарств приводит к невозможности контроля эффекта лечения и увеличивает риск побочных эффектов [25]. В амбулаторных и стационарных условиях больным чаще всего одновременно назначают от 2–3 до 6–10 лекарственных препаратов и более. Количество назначаемых препаратов зависит не только от тяжести состояния больного, сопутствующих заболеваний, но и от осторожности врача и самого пациента. Последний сам себе нередко назначает антибиотики, слабительные, жаропонижающие и анальгетирующие препараты и даже седативные, снотворные, психотропные средства, не представляя всех последствий таких злоупотреблений [32]. Полипрагмазия может быть вынужденной, когда пожилой больной с несколькими заболеваниями вынужден одновременно принимать несколько препаратов, что в итоге приводит к увеличению процента неблагоприятных лекарственных взаимодействий [21].

Все вышесказанное привело к возникновению нового направления фармакотерапии – гериатрической фармакотерапии [16]. Это было вызвано:

- наблюдаемым во всем мире прогрессирующим старением населения, увеличением множественности заболеваний и числа применяемых лекарственных средств;
- органическими и функциональными особенностями организма пожилого и старого человека, изменяющими фармакодинамику и фармакокинетику;
- частым привыканием лиц старческого возраста к длительно применяемым лекарственным средствам (фармакомания);
- большой частотой побочных эффектов лекарственных препаратов у лиц старческого возраста;
- распространенностью самолечения и полипрагмазии;
- недостаточностью знаний по фармакотерапии пациентов старших возрастных групп у врачей.

Проблема полипрагмазии может создаваться также из-за неверного выбора препарата, когда больной одновременно принимает несколько однонаправленных, взаимоисключающих или необязательных препаратов, например несколько препаратов из класса НПВП [33]. 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% [3]. В одном из исследований было продемонстрировано, что среднее количество препаратов, принимаемых пациентами (как назначенных врачами, так и принимаемых самостоятельно), составляет 10,5, при этом в 96% случаев доктора не знали точно, что принимают их пациенты. Применение одновременно многих препаратов (полипрагмазия) создает условия для взаимодействия не только исходных веществ, но и их метаболитов, в процессе которого могут возникать высокоаллергенные комплексы и конъюгаты [5]. Для действительной помощи больному обычно достаточно одного лекарственного препарата, но врач, стремясь усилить терапевтический эффект, назначает комбинацию из нескольких препаратов, не в полной мере принимая во внимание все аспекты их фармакологического (фармацевтического, фармакодинамического, фармакокинетического) взаимодействия.

Таким образом, основные варианты взаимодействия лекарственных средств включают в себя ряд определенных [8]:

1. Синергизм – сочетанное действие лекарственных средств, обеспечивающее более высокий фармакологический эффект, чем действие каждого лекарственного средства в отдельности;
2. Сенситизирующее действие – характеризуется тем, что один препарат, не вмешиваясь в механизм действия, усиливает фармакологические эффекты другого (так инсулин и глюкоза стимулируют проникновение  $K^+$  в клетку);
3. Десенситизирующее действие – один препарат в отдельности не обладает активностью, но уменьшает действие другого;
4. Аддитивное действие – два препарата оказывают действие меньше их суммы (например, сочетанное назначение  $\beta$ -адреноблокаторов совместно с нитроглицерином при ИБС);
5. Суммация действия – действие комбинации лекарственных средств равно сумме действий каждого компонента в отдельности;
6. Потенцирование – эффект от комбинации лекарственных средств по выраженности больше суммы эффектов каждого лекарственного средства в отдельности (сочетание транквилизаторов, нейролептиков и наркотических анальгетиков, например дроперидола и фентанила);
7. Антагонизм – взаимодействие лекарственных средств, приводящее к ослаблению или полной блокаде части или всех фармакологических эффектов одного препарата другим.

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 [36]. Неблагоприят-

ные 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 [19].

Все чаще люди пожилого возраста тянутся за пилюлями не по назначению врача, а в результате воздействия активной рекламы. Очевидных жертв доверия красочным лечебным буклетам и рассказам отведавших чудодейственных таблеток относят к психологически зависимым, что так же способствует развитию фармакомании [34].

У этой категории людей, условно говоря фармакогаликов, вырабатывается опасная привычка годами принимать препараты, не оказывающие никакого действия, в расчёте на длительный положительный эффект [28]. Есть и другая группа пожилых пациентов, которая подвержена болезненному влечению к посещению медучреждений. Эти люди основную часть своей жизни посвящают хождению по врачебным кабинетам. В процессе этого пожилые, а потому, конечно, не абсолютно здоровые люди постепенно становятся жертвами такого явления, как полипрагмазия – избыточные назначения [10].

Американские учёные недавно опубликовали результаты подробного и длительного исследования среди самых старших возрастных групп, так называемых долгожителей [13]. Исследовалось состояние здоровья пожилых людей в возрасте от 95 лет и старше и в группе от 80 до 90 лет. Учёные были совершенно поражены очевидной разницей результата наблюдений не в пользу второй группы. Старики в возрасте от 80 лет в большинстве были весьма озабочены настоящими и мнимыми проблемами своего здоровья, в то время как 95-летние излучали абсолютный позитив и активность. Они вели насыщенный образ жизни, интересовались искусством, многие были сексуально активны. Мнения учёных относительно оценки этого явления разделились. Большинство исследователей утверждают, что долгожители наделены особыми генами, делающими их устойчивыми к тяжёлым болезням. Другие учёные придерживаются мнения, что именно образ жизни делает их организм устойчивым, позволяя справляться с недомоганиями собственными силами. Сами же испытуемые объясняли феномен своего долгожительства исключительно позитивным настроением и полезными привычками – здоровым питанием, физическими занятиями, отказом от курения и... приёма лекарств [12].

К сожалению, на данный момент не существует адекватных мер слежения за рассматриваемыми процессами (полипрагмазия, полифармация и фармакомания) [27]. В теории лекарственной терапии есть еще много нерешенных проблем. Разумеется, в жизни всегда многое не так просто, как на бумаге. Легко давать рекомендации, гораздо труднее их выполнять. Целый ряд субъективных причин склоняет врачей к полипрагмазии [24]. В результате таких рассуждений часто возникает фармакомания, которая дорого обходится больному. Привыкание ко многим препаратам с развитием зависимости от них, когда больной уже не может жить без постоянного приема таблеток, токсические поражения печени, язвен-

ные поражения желудка и кишечника, осложнения со стороны глаз, различные аллергические проявления и многое другое зачастую следуют за необдуманной полипрагмазией [31]. К тому же полипрагмазия создает определенные экономические трудности для лечебных учреждений. Никакой бюджет больницы не выдержит, если без всякого раздумья назначать одновременно по 10–12 современных лекарств каждому больному [30]. Более того, дефицит ряда лекарств в наших аптеках тоже нередко является следствием фармакомании. Искусство врачевания состоит в умении добиваться максимума эффекта при назначении минимума лекарств, выбирать этот минимум из множества имеющихся препаратов, сочетать лекарственные средства с психотерапией, диетой, физио-, курортотерапией и другими видами лечения [35]. Многие методы лечения связаны с правильным пониманием самой этиологии болезни, то есть причин, вызывающих болезнь. Лечение осуществляется не одними медикаментами, а и душевным отношением к больному, умелой беседой с ним, правильной организацией его режима, определением диеты, физиотерапевтических процедур. Лекарственная же терапия должна осуществляться в рамках строгих показаний, особенно это касается пожилых пациентов, в виду указанных выше причин [6].

Исходя из сказанного можно сделать вывод – основной целью при лечении пожилых пациентов является облегчение симптомов и улучшение качества жизни [11]. Основные принципы назначения лекарственных средств у пожилых:

1. Определение необходимости назначения лекарственных средств: не все болезни пожилых людей требуют медикаментозного лечения [4]; по возможности избежание применения лекарств, но обязательное назначение 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 [9]; сведения об уже получаемой терапии позволят избежать нежелательных лекарственных взаимодействий [17]; 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; использование хорошо изученных лекарств.

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 [26].

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 [38]; 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 [37].

Врач обязан уметь выделить основные звенья выявленной патологии и назначить два – три лекарства, которые скорректировали бы их. По мере нормализации этих звеньев придут в норму и все остальные, нарушенные вторично. В организме «все связано со всем». Как говорил прекрасный педагог и врач академик Б.Е. Вотчал, нужно уметь «дать столько, сколько нужно, но не больше, чем можно, найти часто весьма узкий фарватер между мелями чрезмерной осторожности и скалами безрассудной смелости» [1].

**Материалы и методы исследования**

С целью определения частоты возникновения явлений полипрагмазии и полифармазии у лиц пожилого возраста нами было проведено ретроспективное исследование 429 пациентов геронтопсихиатрического отделения мариупольской психиатрической больницы в течение 2013 года и первого квартала 2014 года. Пилотное исследование длилось в течении 6 месяцев.

**Результаты и их обсуждение**

Были проанализированы истории болезней 429 пациентов (154 мужчин и 275 женщин) в возрасте старше 65 лет.

Нами было установлено что на момент поступления в стационар для лечения основного психиатрического заболевания 62,7% пациентов (из них женщины – 66,5%, мужчины – 33,5%) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 37,3 % пациентов (из них женщины – 75,6%, мужчины – 24,4%) принимали от 4 и более медикаментов, назначенных врачом-психиатром. К моменту выписки из стационара по основному психиатрическому заболеванию 69,5% пациентов (из них женщины – 66,8%, мужчины – 33,2%) получали от 0 до 3 препаратов, а 30,5 % пациентов (из них женщины – 64,9%, мужчины – 35,1%) – более 4 препаратов (табл. 1).

**Таблица 1. Количество медикаментов, принимаемых больными для лечения основного заболевания, до госпитализации и перед выпиской из стационара**

	Количество медикаментов, принимаемых на момент поступления в стационар				Количество медикаментов, принимаемых на момент выписки из стационара			
	0 – 3		4 и более		0 – 3		4 и более	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего	269	62,7	160	37,3	298	69,5	131	30,5
Мужчин	90	33,5	39	24,4	99	33,2	46	35,1
Женщин	179	66,5	121	75,6	199	66,8	85	64,9

Как видно из данных таблицы 1, имеет место незначительное увеличение получающих 4 и более лекарственных препаратов по основному психиатрическому заболеванию у мужчин, и существенное снижение этого показателя у женщин, сравнивая моменты поступления и выписки.

Также было установлено что на момент поступления в стационар для лечения сопутствующей патологии 69,7 % пациентов (из них женщины – 61,8%, мужчины – 38,2%) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 30,3 % пациентов (из них женщины – 67,7%, мужчины – 32,3%) принимали от 4 и более медикаментов. К моменту выписки из стационара для лечения сопутствующей патологии 58,7% пациентов (из них женщины – 65,1%, мужчины – 34,9%) получали от 0 до 3 препаратов, а 41,3 % пациентов (из них женщины – 55,9% . мужчины – 44,1%) более 4 препаратов (табл. 2).

**Таблица 2. Количество медикаментов, принимаемых больными для лечения сопутствующих заболеваний, до госпитализации и перед выпиской из стационара**

	Количество медикаментов, принимаемых на момент поступления в стационар				Количество медикаментов, принимаемых на момент выписки из стационара			
	0 – 3		4 и более		0 – 3		4 и более	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего	299	69,7	130	30,3	252	58,7	177	41,3
Мужчин	114	38,2	42	32,3	88	34,9	78	44,1
Женщин	185	61,8	88	67,7	164	65,1	99	55,9

Данные таблицы 2 свидетельствуют о том, что по сопутствующему заболеванию, удельный вес женщин, получающих 4 и более лекарственных препаратов, незначительно увеличился, в то время как у мужчин этот

**Таблица 3. Случаи полипрагмазии у пациентов пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами**

Количество препаратов (всех)	Мужчины				Женщины			
	При поступлении		При выписке		При поступлении		При выписке	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0-3	6	75	2	25	15	39,5	5	13,2
4	2	25	2	25	10	26,3	7	18,4
5					5	13,2	7	18,4
6			1	12,5	2	5,2	3	7,9
7			1	12,5	1	2,6	3	7,9
8			1	12,5	2	5,2	3	7,9
9					1	2,6	5	13,2
10			1	12,5	2	5,2	4	10,5
11							1	2,6

показатель существенно вырос, сравнивая моменты поступления и выписки.

## Выводы

За 1 квартал 2014 года были проанализированы истории болезней 46 поступивших в отделение пациентов (из них 8 мужчин и 38 женщин).

Анализ данных, представленных в таблице 3, достоверно показывает, насколько явление полипрагмазии характерно для пациентов пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами.

Явление полипрагмазии и полифармации у пациентов пожилого возраста является актуальной проблемой не только социальной психиатрии, но и медицины в целом. Успешное ее разрешение позволит не только улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста, но и значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни.

## Список использованной литературы

1. Пінчук І. Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк. – Тернопіль, 2010 р.
2. Реабілітаційні заходи для пацієнтів похилого та старечого віку з деменцією / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк, Я. І. Колеснікова. – Тернопіль, 2010 р.
3. Калугин И. В. Проблемы полиморбидности та адекватной фармакотерапии у пациентов похилого віку / И. В. Калугин, Е. А. Хаустова // Архив психиатрии. – 2013. – Т. 19, № 4 (75).
4. Калугин И. В. Старение организма и полиморбидность // И. В. Калугин, Е. А. Хаустова // Архив психиатрии. – 2014. – Т. 19, № 2 (75).
5. Полипрагмазия: гериатрический аспект проблемы / Л. Б. Лазебник, Ю. В. Конев, В. Н. Дроздов, Л. И. Ефремов
6. Башкаева М. Ш. Зависимость количества ежедневно принимаемых лекарственных препаратов от функциональной активности пожилых / Башкаева М. Ш., Милукова О. М., Лазебник Л. Б. // Клинич. геронтол. – 1998. – № 4. – С. 38–42.
7. Fulton M. M., Allen E. R. Полипрагмазии у пожилых: обзор литературы. *J Am Acad Medstera Pract* 2005; 17:123–32. PMID 15819637.
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): 643–653. PMID 18184532.
9. Boyd SM, Darer J, Boult C, жареные LP, Boult L, Wu AW (2005). «Клинические практические рекомендации и качество медицинской помощи для пожилых пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями: последствия для оплаты за производимостью». *JAMA* 294 (6): 716–24. DOI: 10.1001/jama.294.6.716. PMID 16091574.
10. Zarowitz BJ, Stebelsky Лос–Анжелесе, Мума ВК, Ромен ТМ, Петерсон EL. Сокращение высокого риска полипрагмазии при комбинации препаратов у пациентов в управляемом профилактическом учреждении. *Фармакотерапия* 2005; 25:1636–45. PMID 16.
11. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. «Здоровье, полиморбидность и качество жизни людей старшего возраста и должностителей» PDF (123 К) | стр. 40–42
12. Смит Э. Д. Стареть можно красиво / Э. Д. Смит. – М.: Кромм-Пресс, 1995.
13. Калын Я. Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста: автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук. / Я. Б. Калын. – М., 2002.
14. Лазебник Л. Б. Рациональная фармакотерапия как основа фармакоэкономики в гериатрии. В кн.: *Практическая гериатрия* / Л. Б. Лазебник. – М., 2002. – С. 34–39.
15. Прокофьева Л. В. Особенности неблагоприятных лекарственных реакций и их предупреждение у пациентов пожилого возраста / Л. В. Прокофьева, Е. В. Потапова // *Справочник фельдшера и акушерки*. – 2012. – № 3. – С. 59–66.
16. Вуд Ф. Психофармакология позднего возраста / пер. с англ.; под ред. Р. Джекоби, К. Опенгаймер. – 2-е изд. – К.: Сфера, 2001. – Т. 1. – С. 205–232.
17. Полипрагмазии у пожилых: возможность всесторонней гериатрической оценки снижения ненадлежащего использования лекарств? / Cerzu G., Де Руй М. Сарту S. Manzano E. // *Наркотики Старец*. – 2011. – № 28 (7). – С. 509–518.
18. Wolff J. L. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in elderly / J. L. Wolff, B. Starfield, G. Anderson // *Arch. Inter. Med.* – 2002. – № 162. – P. 2269–2276.
19. Cuijpers P. Relation between quality of life and chronic illnesses in elderly living in residential homes: a prospective study / P. Cuijpers, P. van Lammeren, B. Duzijn // *Int. Psychogeriatr.* – 1999. – № 11. – P.445–454.
20. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / Caughey G. E., Ramsay E. N., Vitry A. I. [et al.] // *J. Epidemiol. Community Health.* – 2010. – № 64 (12). – P. 1036–1042
21. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases / M. van den Akker, F. Buntinx, J. F. Metsemakers [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* – 1998. – № 51. – P. 367–375.
22. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice / M. Fortin, G. Bravo, C. Hudon [et al.] // *Ann. Fam. Med.* – 2005. – № 3. – P. 223–228.
23. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study / M. Zhang, C. D. Holman, S. D. Price [et al.] // *B. M. J.* – 2009. – № 338. – P. 27–52.
24. Causes and consequences of comorbidity: a review / R. Gijsen, N. Hoeymans, Schellevis [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* – 2001. – Vol. 54, № 7. – P. 661–674.
25. How to measure comorbidity: a critical review of available methods / V. de Groot, H. Beckerman, G. J. Lankhorst, L. M. Bouter // *J. Clin. Epidemiol.* – 2003. – № 56 (3). – P. 221–229.
26. Linn B. S. Cumulative illness rating scale / B. S. Linn, M. W. Linn, L. Gurel // *J. Amer. Geriatr. Soc.* – 1968. – № 16. – P. 622–626.
27. Miller M. D. Manual of Guidelines for Scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G) / M. D. Miller, A. Towers. – Pittsburg: University of Pittsburgh, 1991.
28. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale / Miller M. D., Paradis C. F., Houck P. R. [et al.] // *Psychiatry. Res.* – 1992. – № 41. – P. 237–248.
29. Charlson M. E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, H. L. Ales // *Journal Chronic Disease.* – 1987. – № 40. – P. 373–383.
30. Financial risk, hospital cost, complications and comorbidities in medical non-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups / E. Munoz, F. Rosner, R. Friedman [et al.] // *Am. J. Med.* – 1988. – № 84 (5). – P. 933–939.
31. Манешина О. А. Полипрагмазия и лекарственные взаимодействия у пожилых пациентов / О. А. Манешина, Ю. Б. Белоусов // *Качественная клиническая практика*. – 2008. – № 3. – С. 90–93.
32. Jackson D. M. Is the Medicne Making You ill? / D. M. Jackson, R. Soothill. – Australia: Angus & Roebitson, 1989.
33. Эндрю Четли. Проблемные лекарства
34. Elderly people: their medicines and their doctors // *Drug and Therapeutics Bulletin.* – 1990. – Vol. 28. № 20 (1). – P. 77–79.
35. A criterion-based review of preventive health care in the elderly: Part 2. A geriatric health maintenance program / P. Zazove, D. Mehr [et al.] // *Journal of Family Practice.* – 1992. – Vol. 34, № 3. – P. 320–347
36. Delafuente J. C. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients / J. C. Delafuente // *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* – 2003. – № 48 (2). – P. 133–143.
37. Adverse drug reactions causing hospitalization can be monitored from computerized medical records and thereby indicate the quality of drug utilization / M. von Euler, E. Eliasson, G. Ohlen [et al.] // *Pharmacoepidemiol. Drug. Saf.* – 2006. – № 15 (3). – P. 179–184.
38. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department / C. M. Hohl, J. Dankoff, A. Colacone [et al.] // *Ann. Emer. Med.* – 2001. – № 38 (6). – 666–671.
39. Prescriptions for profit: transcript of a television documentary broadcast on the Frontline programme on 28 Mar 1989. – Boston: WGBH Transcripts. – 29 p.
40. Pharmacoepidemiologic study of potential drug interactions in outpatients of a university hospital in Thailand / B. Janchawee, W. Wongpoowarak, T. Owatranporn [et al.] // *J. Clin. Pharm. Ther.* – 2005. – № 30 (1). – P. 13–20.

### ПОЛІПРАГМАЗІЯ І ПОЛІФАРМАЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ ГЕРОНТОПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

І. В. Калугін, О. О. Хаустова

У статті представлені результати дослідження, проведеного на базі геронтопсихіатричного відділення Маріупольської міської психіатричної лікарні, та підсумки огляду літератури на тему: поліпрагмазія і поліфармація у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю. Описані явища поліпрагмазії, поліфармації та фармакоманії у пацієнтів похилого віку є актуальною проблемою не тільки соціальної психіатрії, а і всієї медицини в цілому.

**Ключевые слова:** полиморбидность, полипрагмазия, полифармация, фармакомания.

### POLYPRAGMASIA AND POLYFARMACIA OF THE PATIENTS OF GERONTOPSYCHIATRIC PROFILE

I. Kalugin, E. Khaustova

The article presents the results of the research prosecuted on the basis of the gerontopsychiatric branch of the Mariupol city hospital and a literature review on the subject of polypragmasia and polyfarmacia of the patients of gerontopsychiatric profile. The phenomena of polypragmasia, polypharmacia and pharmacomania of the elderly patients are described. they are the actual problem not only in social psychiatrics but in medicine in general.

**Key words:** polymorbidity, polypragmasia, polypharmacia, pharmacomania.