

*Кафедра : Клинической фармакологии*

# ***СРС***

***Тема: Полипрагмазия***



***Подготовила:***

*Студентка 6 курса*

*Группы: 608-1*

*Ниязбек У.Б.*

***Проверила:***

*Мырзабаева Н. А.*

***Дата сдачи СРС : 19.09.2016г***

## **План.**

**I. Введение.**

**II. Основная часть.**

**1. Общее понятие о полипрагмазии.**

**2. Порочный круг полипрагмазии.**

**3. Клинические последствия полипрагмазии.**

**4. Современные методы борьбы с полипрагмазией в клинической практике.**

**III. Заключение.**

**IV. Список использованной**

# Введение

*«Хороший лист назначений  
- это не тот, в который  
некуда вписывать, а тот  
из которого нечего  
вычеркнуть»*

*Клинический фармаколог Туфанова О.С.  
(Архангельск). Взято из «Доктор на работе»*

# Полипрагмазия: что это?

*Poly* (Греч.)- много

*Pragma* (Греч.)- вещь, предмет

В зарубежной литературе- Полифармация  
(*Polypharmacy*)

*Poly* (Греч.)- много

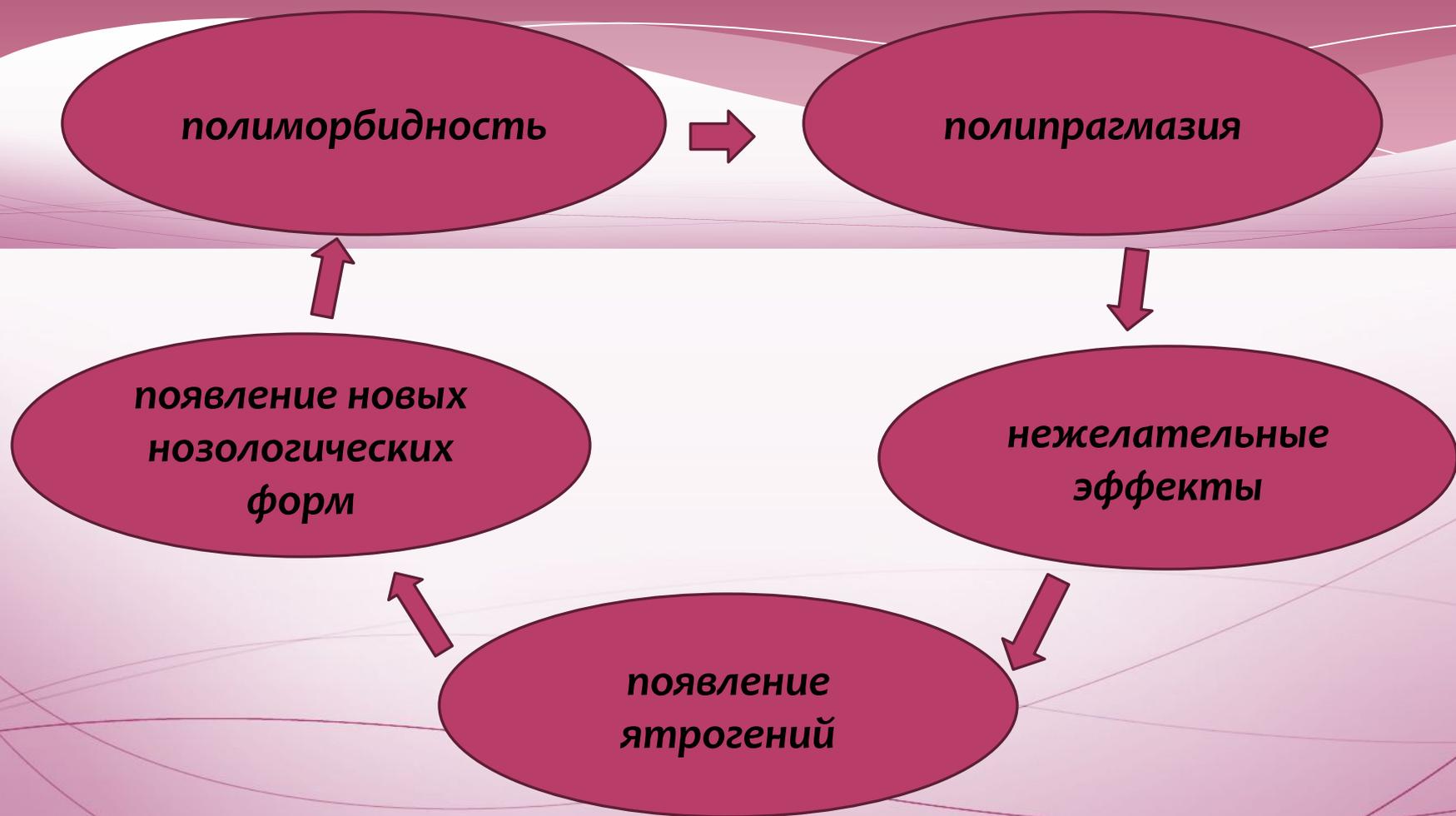
*Pharmacy* (Греч.)- лекарство

# Актуальность

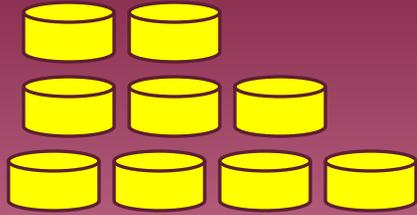
Полиппрагмазия – одновременное назначение больному более 5 лекарственных средств или лечебных процедур

Побочные эффекты терапии одними ЛС могут быть приняты за самостоятельный симптом

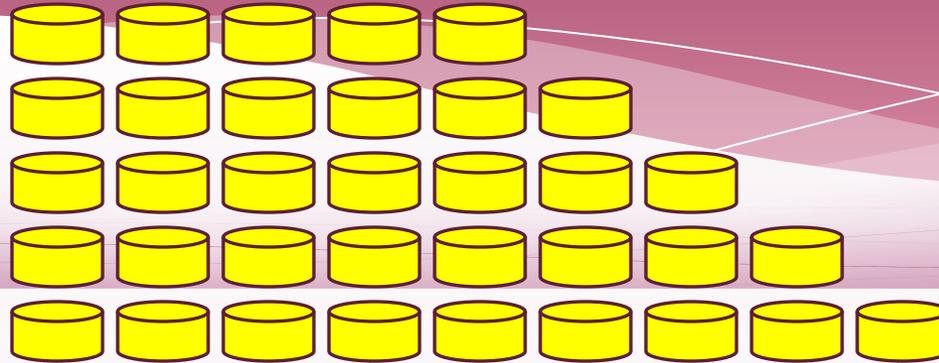
# Порочный круг полипрагмазии



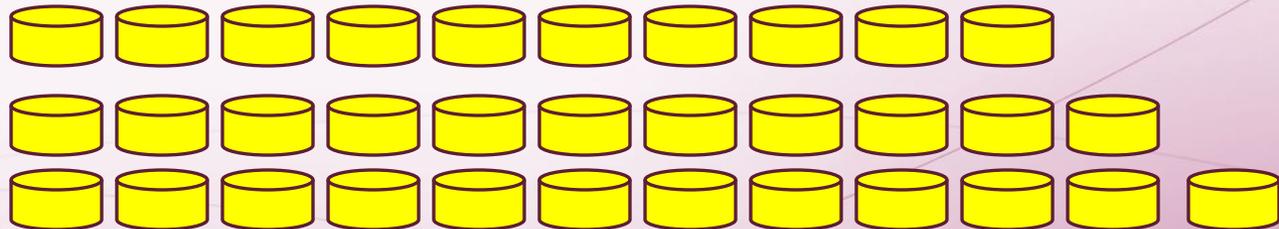
# Полипрагматизация классификация



**Малая 2-4 ЛС**



**Большая 5-9  
ЛС**

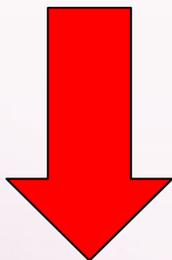


...  
**Чрезмерная 10 и более  
ЛС**

# Клинические последствия полипрагмазии

*Развитие НПР*

*Неэффективность  
фармакотерапии*



*Удорожание лечения!*

# Виды взаимодействия ЛС по клинической значимости

Высокая степень  
клинической значимости

Действие врача:  
откажись от  
комбинации или  
ограничь дозу!

Средняя степень  
клинической значимости

Действие врача:  
усиль контроль за  
эффективностью и  
безопасностью!

Клинически не значимые

Действие врача:  
прими к сведению!

# У каких пациентов наиболее высок риск полипрагмазии?

## \* Демографический фактор:

**Возраст (особенно 85 лет и старше)**- пожилые составляют 13% населения, а потребляют 1/3 всех ЛС

**Европеоидная раса**- различия в том как люди воспринимают заболевания и как (чем) они лечатся

**Образование**- может способствовать повышению обращаемости за медицинской помощью

## \* Состояние здоровья

**Мультиморбидность**

**Хронические заболевания требующие мониторинга и частого посещения врача** : гипертония, анемия, астма, стенокардия, дивертикулит, артрит, подагра, сахарный диабет и др.

# Почему пожилые- группа риска?

- \* Физиологические изменения

Снижение функции почек и печени

Уменьшение количества жидкости и мышечной массы

Снижение зрения и слуха

Мнестико-интеллектуальные нарушения

- \* Мало клинических исследований (субанализов) с участием пациентов пожилого и старческого возраста
- \* Склонность к падениям
- \* Мультиморбидность

# Современные методы борьбы с полипрагмазией в клинической практике

Алгоритмы / «опросники»-  
анализ каждого назначенного  
лекарства

«Ограничительные» перечни ЛС-  
критерии не качественной  
фармакотерапии

**Индекс рациональности ЛС  
(Medication Appropriateness Index  
(MAI)**

**Критерии Бирса (Американской  
герiatricческой ассоциации, 2012)**

**Алгоритм «Паллиативный подход к  
решению проблемы полипрагмазии у  
пожилых пациентов»**

**STOPP-START (STOPP – the Screening Tool of  
Older Persons Prescriptions, Рекомендации  
Национальной службы  
здравоохранения Великобритании,  
NHS, 2013, обновления 2015)**

**Шкала антихолинэргической  
когнитивной нагрузки**

# Medication Appropriateness Index (MAI)

## Индекс рациональности ЛС (1)

- \* Разработан в 1992 году J. T. Hanlon (USA)
- \* Представляет собой опросник для врача/эксперта из 10 вопросов на которые нужно ответить по каждому из назначенных ЛС
- \* Используется:
  - \* Для оценки качества фармакотерапии и оценки эффективности методов ее оптимизации (в т.ч. различных методов борьбы с полипрагмазией);
  - \* Для выявления не рекомендованных («нежелательных») ЛС и «выстраивания» рейтинга ЛС по степени их «нужности»/«не нужности» и принятия решений об отмене;

# Индекс рациональности ЛС (Medication Appropriateness Index (MAI) (2)

## Индекс рациональности ЛС

1. Есть ли показание для данного ЛС?	(3)	1	2	3	9*
		Показано		Не показано	
2. ЛС эффективно для лечения имеющегося у пациента заболевания?	(3)	1	2	3	9*
		Эффективно		Неэффективно	
3. Правильно ли подобрана доза?	(2)	1	2	3	9*
		Правильно		Неправильно	
4. Правильные ли были даны пациенту указания по приему лекарства?	(2)	1	2	3	9*
		Правильные		Неправильные	
5. Осуществимы ли указания по приему лекарств?	(1)	1	2	3	9*
		Осуществимы		Неосуществимы	
6. Имеются ли клинически значимые межлекарственные взаимодействия?	(2)	1	2	3	9*
		Незначимые		Значимые	
7. Имеются ли негативные влияния на существующие у пациента болезни, либо состояния?	(2)	1	2	3	9*
		Незначимые		Значимые	
8. Есть ли дубликаты назначений (например, 2 препарата из одной группы)?	(1)	1	2	3	9*
		Обоснованные		Необоснованные	
9. Приемлема ли такая длительность терапии?	(1)	1	2	3	9*
		Приемлема		Неприемлема	
10. Является ли данное ЛС наименее затратным в сравнении с другими ЛС такой же эффективности.	(1)	1	2	3	9*
		Менее затратное		Более затратное	

\* Если не известно

В скобках после вопроса указан его относительный «вес».

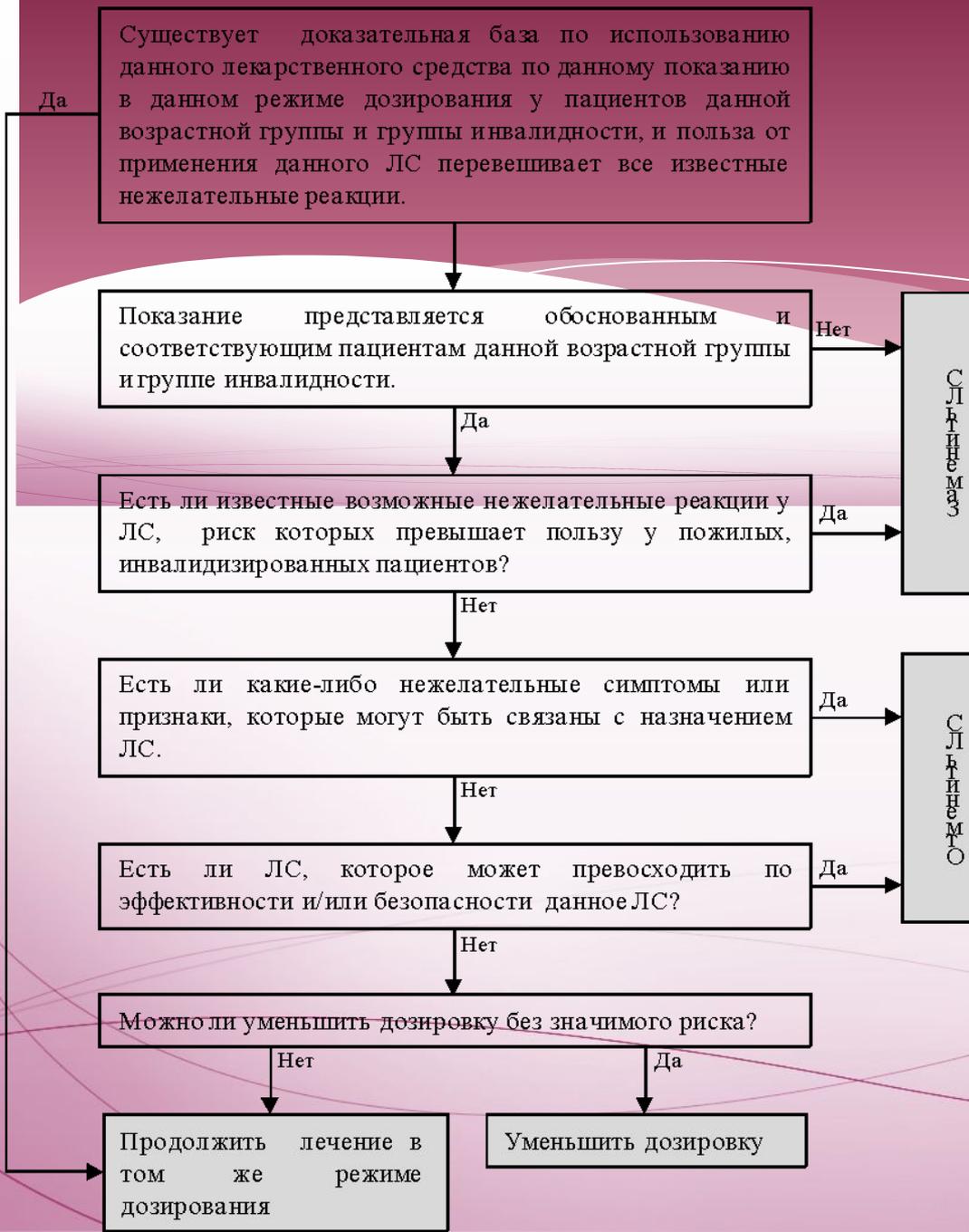
Соответствие цифр шкалы ответов множителю: 1 – 0;

2 – 0,5;

3 – 1|

## Обсудите с пациентом или его опекуном:

# Алгоритм «Паллиативный подход к решению проблемы полипрагмазии у пожилых пациентов»



# Критерии Бирса



- \* Впервые список потенциально нерекомендуемых препаратов (ПНМ) создан Марком Бирсом в 1991 г., пересматривался в 1997, 2003, 2012 и 2015 гг. с использованием доказательного подхода и метода Дельфи
- \* Цель: поддержка принятия решений при назначении лекарственной терапии пациентам старше 65 лет в амбулаторных и стационарных условиях

**American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults**

*By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel*

# Пример критериев Бирса

ЛС	Обоснование	Рекомендация	Качество научного обоснования	Сила рекомендации
Пероральное применение НПВС: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ацетилсалициловая кислота в дозе более 325 мг/сутки;</li><li>• Диклофенак</li><li>• Этодолак</li><li>• Ибупрофен</li><li>• Кетопрофен</li><li>• Мелоксикам</li><li>• Напроксен</li><li>• Пироксикам</li><li>• Индометацин</li><li>• Кеторолак (включая парентеральное применение)</li></ul>	Увеличение риска желудочно-кишечных кровотечений у пациентов старше 75 лет, особенно принимающих системные глюкокортикостероиды, антикоагулянты, антиагреганты. Совместное применение с ИПП снижает, но не устраняет риск желудочно-кишечных кровотечений. Риск кровотечений и перфораций увеличивается на 1% при применении НПВС в течение 3-6 месяцев и на 2-4% в течение 1 года.	Избегать применения, если другой альтернативы нет, то применяйте в сочетании с ИПП	Среднее	Сильная

## STOPP/START критерии

- \* STOPP (**S**creening **T**ool of **O**lder **P**eople's **P**rescriptions) – инструмент скрининга лекарственных назначений пожилых пациентов
- \* START (**S**creening **T**ool to **A**lert to **R**ight **T**reatment) – инструмент скрининга необоснованно назначенных ЛС
- \* Впервые разработаны в 2008 г. в Ирландии, пересмотрены в 2014 г. с использованием делфийского метода

# Заключение

- \* Полипрагмазия- частое явление
- \* Клинические последствия полипрагмазии: НПР, неэффективность, удорожание лечения
- \* Группа риска- пожилые пациенты
- \* Есть современные, научно обоснованные, доказательные методы борьбы с полипрагмазией в клинической практике

**Спасибо за  
внимание!**

