

УДК 616-031.14-035.2-07-08(045)

КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ: ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ, ФАКТОРЫ РИСКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Губанова Г.В., Беляева Ю.Н., Шеметова Г.Н.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, elzagu@yandex.ru

Проблема полиморбидности становится актуальной в условиях демографического старения населения. Она обусловлена широкой распространенностью основных хронических неинфекционных заболеваний и их тесными патогенетическими взаимосвязями. Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе тактики ведения пациента на всех этапах медицинской помощи. В предложенной статье авторы попытались модифицировать существующую классификацию полипатии, сделать ее более удобной для использования врачами первичного звена здравоохранения, выделили этапы эволюции полиморбидности.

сочетанность, полиморбидность, факторы риска заболеваний, полиорганные нарушения, прогноз и исход заболеваний, тактика ведения пациента

MULTIMORBIDITY PATIENT: STAGES OF FORMATION, RISK FACTORS AND MANAGEMENT TACTICS

Gubanova G.V., Belyaeva J.N., Shemetova G.N.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovskiy, Saratov, elzagu@yandex.ru

The problem of multimorbidity is relevant in the context of demographic ageing of the population. It is due to the prevalence of chronic non communicable diseases and their close pathogenetic relationships. Comorbidity creates a new clinical situation. This requires taking into account its characteristics in the choice of tactics of conducting the patient at all stages of medical care. In this publication, the authors make an attempt to modify the existing classification of comorbidity. They want to make it more understandable for use by physicians in primary health care. The authors identified the stages of evolution of multimorbidity for the first time.

Keywords: multimorbidity, polymorbidity, risk factors for disease, multi-organ disorders, the prognosis and outcome of disease, clinical management of patient

В медицинской практике врачам часто приходится лечить больных с сочетанием нескольких заболеваний и синдромов [1,6]. С одной стороны, такие ситуации обусловлены широкой распространенностью основных хронических неинфекционных заболеваний и их тесными патогенетическими взаимосвязями. В частности, повышение артериального давления может приводить к почечной недостаточности, в свою очередь, нарушение функции почек способствует развитию артериальной гипертензии. С другой стороны, сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лекарственных средств. Препарат, эффективный при одном заболевании, может привести к существенному ухудшению сопутствующей патологии или, наоборот, хорошо помогает при обоих заболеваниях.

Проблема коморбидности (от лат. со- вместе, morbus- болезнь) становится особенно актуальной в условиях демографического старения населения. За последние годы возросло число исследований, посвященных особенностям диагностики и лечения сочетанной патологии, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста [8,9,10]. Так показано, что если в возрасте 50 – 59 лет 36% пациентов имеют два – три заболевания, то в возрасте

60–69 лет уже у 40,2% пациентов обнаруживаются до четырех – пяти заболеваний; в возрасте 75 лет и старше – 65,9% имеют более пяти заболеваний [5]. Вместе с тем, практически отсутствуют исследования, затрагивающие вопросы классификации полиморбидности, изучению этапности развития взаимоотношающихся состояний и проблемы терапии таких пациентов. В этой связи коморбидные заболевания представляют практически важную и недостаточно изученную область медицины [2].

Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально. Наличие у пациента коморбидных заболеваний способствует увеличению длительности трудопотерь и стационарного лечения, повышает риск инвалидизации, затрудняет проведение реабилитации, увеличивает число осложнений после хирургических вмешательств, уменьшает продолжительность жизни, особенно у пожилых пациентов [4].

Не только терапевты и врачи общей практики сталкиваются с проблемой коморбидности. Нередко пациенты с сочетанной патологией попадают на прием к узкому специалисту. По меткому выражению группы авторов, скрывавшихся под псевдонимом Козьмы Пруtkова, «Специалист подобен флюсу: полнота его односторонняя». И в самом деле. Наиболее распространенной ошибкой является лечение только профильного заболевания. К сожалению, в существующей практике хирурги, гинекологи, пульмонологи, кардиологи, урологи, оториноларингологи, офтальмологи и другие врачи выносят в диагноз лишь «свое» заболевание, отдавая поиск и лечение сопутствующей патологии другим специалистам. В такой ситуации на первый план выходит консультативная работа терапевта, врача общей практики (семейного врача), ведущих синдромный анализ пациента, а также формирование диагностической и лечебной концепции, учитывающей потенциальные риски больного и его отдаленный прогноз [3,7].

Очень часто среди медицинских работников приходится слышать термин «букет болезней». С нашей точки зрения, данное понятие заранее настраивает врачей и пациентов на недостаточную серьезность или неразрешимость ситуации, тогда как профессиональные действия специалистов первичного звена здравоохранения способны уменьшить вероятность возникновения полиморбидности или замедлить ее прогрессирование, а также снизить нетрудоспособность и улучшить качество жизни больных. Постараемся аргументировать свою точку зрения.

Благодаря трудам ученых различных медицинских специальностей во многих странах мира в формировании полиморбидности выделяют несколько периодов. В том числе, Всемирная организация здравоохранения попыталась соотнести этапы формирования полипатии с конкретными возрастными группами, что, как нам кажется, не совсем

корректно. Возникновение заболеваний, их прогрессирование, развитие коморбидной патологии связано с возрастом, но нет однозначного детерминирования этапов формирования коморбидности в зависимости от принадлежности пациента к той или иной возрастной группе. Мы попытались модифицировать существующую классификацию и сделать ее более удобной для использования врачами первичного звена здравоохранения, для чего более четко выделили этапы эволюции полиморбидности. Также мы привели комментарии, касающиеся факторов риска и тактики ведения коморбидных пациентов в различных ситуациях, с которыми может столкнуться любой практикующий врач.

1. Преморбидный период (период наличия факторов риска, их выявления и коррекции). В молодом возрасте имеются факторы риска, которые ещё не приводят к полиорганному поражению. При правильном ведении пациента врачом первичного звена здравоохранения даже при наличии множественных факторов риска можно предупредить или отдалить развитие заболеваний. С этой целью необходимо как можно ранее активно выявлять модифицируемые факторы риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, гипергликемия, дисфункция почек, анемия, курение), информировать о них пациентов в ходе краткого или углубленного профилактического консультирования, нацеливать на их коррекцию. Например, прекращение курения снижает вероятность возникновения у пациента ишемической болезни сердца, хронической обструктивной болезни легких, рака различных локализаций. Уменьшение количества потребляемого алкоголя минимизирует вероятность появления алкогольной поливисцеропатии, гепатита и цирроза печени, алкогольной кардиомиопатии, нефропатии, энцефалопатии, полинейропатии, алкогольного панкреатита. Коррекция веса при ожирении способствует уменьшению риска развития кардио- и цереброваскулярной патологии, нарушения углеводного обмена, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, неалкогольной жировой болезни печени. Вакцинация против определенных инфекций также может являться примером первичной профилактики. Мытье рук перед едой – это тоже первичная профилактика. Ну, и конечно, нельзя забывать о пропаганде здорового образа жизни, включающего в себя, как известно, трех китов – культуру питания, культуру движений и культуру эмоций.

2. Период формирования полиморбидности. В этот период факторы риска суммируются, появляются новые; оказывает свое влияние биологический возраст и развиваются органые поражения. На этом этапе пациенты начинают обращаться к врачам разных специальностей, которые дают правильные рекомендации по своему заболеванию, но часто не учитывают сопутствующей патологии и лекарственного взаимодействия с ранее назначенными препаратами другими специалистами. В этот период выходит на первый план роль врача «коморбидолога», роль которого могут исполнять терапевт, врач общей практики

(семейный врач). Именно врачи первичного звена здравоохранения способствуют раннему выявлению и лечению болезней на той стадии заболевания, когда они протекают бессимптомно. Исследование молочной железы, мазок на атипичные клетки, кал на скрытую кровь являются примерами мероприятий вторичной профилактики, когда выявляются заболевания на ранней стадии еще без клинических проявлений, что может привести к более благоприятному исходу болезни. Кроме того, именно врач первичного звена здравоохранения, с одной стороны, может постараться минимизировать риск воздействия на пациента триггеров (алкоголь, ОРВИ, стресс, избыточная или недостаточная физическая нагрузка, метеоро-гелиофизические факторы, лекарства и т.д.), а с другой - способен оценить пациента в целом и сформировать план лечения без риска полипрагмазии и ятрогении.

3. Период полиорганных нарушений (клинической прогрессии). В это время органические поражения начинают проявлять себя клинически в виде симптомов и синдромов определенных заболеваний с развитием в дальнейшем полиорганных нарушений, что может привести к летальному исходу. Однако даже в это время при условии грамотного оказания помощи пациенту врач может надеяться на улучшение качества жизни больного и увеличение продолжительности его жизни. В этом отношении полезным может оказаться нормализация липидного спектра, назначение β -блокаторов у пациентов с инфарктом миокарда, лечение сахарного диабета с профилактикой осложнений, реабилитационные мероприятия. Очень важным является правильный подбор препаратов с учетом их фармакологического взаимодействия [1,11]. Эти мероприятия могут включать в себя действия по смягчению последствий или вообще прекращению ненужных или избыточных интервенций на здоровье пациента, защита от новых ненужных медицинских вмешательств, предложение больному этически корректного лечения. На данном этапе ведения пациентов с полипатиями также не нужно забывать об обучении и консультировании больных по вопросам поведения и образа жизни, которые оказывают большое влияние на течение их заболеваний. Большое значение в этот период имеет раннее выявление и своевременная коррекция полипатии. Лечащий врач должен быть хорошо осведомлен о взаимодействии болезней в условиях полиморбидности. Необходимо вовремя заметить дебют заболевания под маской ранее существовавшей болезни; заподозрить манифестацию болезни на фоне ухудшения течения или в связи с возникшими осложнениями сопутствующего заболевания; проявить настороженность в плане возможного возникновения заболеваний, имеющих единый патогенетический механизм формирования с уже существующим. Доктор должен помнить, что каждое новое заболевание пациента может явиться фактором риска развития последующих болезней.

4. Период исхода болезней. Полиморбидность - распространенная патология с различными вариантами течения и исходов.

У одних больных возможно:

–значимое улучшение (гипотиреоз, осложнившийся хронический аутоиммунный тиреоидит, в случае грамотно осуществляемой заместительной терапии L-тироксином; устранение ятрогенной коморбидности при условии оптимальной коррекции лечения);

–у других – вялое, годами не прогрессирующее течение (постоянная форма мерцательной аритмии у больных ишемической болезнью сердца при условии правильно проводимого мониторинга эффективности и безопасности не прямых антикоагулянтов, принимаемых больными);

–у третьих – быстро прогрессирующее течение, приводящее к инвалидизации или летальному исходу (синдром взаимного отягощения при одновременном течении ХОБЛ и ИБС, приводящий к невозможности адекватного лечения заболеваний в условиях полиморбидности; сочетание коронарной болезни сердца и анемии способствует учащению приступов стенокардии, увеличивая риск внезапной смерти; терминальная стадия хронической почечной недостаточности, ампутация конечности или слепота у больных сахарным диабетом).

Доктор, ведущий коморбидных пациентов, должен четко представлять прогноз заболеваний, который является чрезвычайно важным. Прогноз, в частности, имеет значение в практике врачебно-экспертных комиссий, выносящих суждение о степени утраты трудоспособности. Он необходим для успешного лечения; правильный прогноз повышает авторитет лечащего врача и укрепляет доверие к нему больного и его близких, а своевременный прогноз неизлечимости страдания, по мнению Гиппократ, «охраняет медицинское искусство от необоснованных обвинений».

При формулировании прогноза до сих пор во многом сохранили значимость мудрые советы Г.А. Захарьина. Он рекомендовал при предсказании исхода заболевания употреблять следующие формулы:

- случай несерьезный, когда опасности нет и быть не может;
- случай серьезный, где опасности нет, но она может появиться;
- случай опасный, но не безнадежный;
- случай безнадежный.

Прогноз коморбидных заболеваний во многом связан с особенностями поведения самого пациента, его комплаентности и может быть в значительной степени скорректирован с помощью мер превентивной медицины. Таким образом, знания врача и хорошее владение методами скрининга, профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения

пациентов позволяют добиться наилучших результатов не только в увеличении длительности, но и в улучшении качества жизни пациентов с полипатиями. Лучший диагностический инструмент – это голова врача. У нас есть свои земские традиции и колоссальный опыт советской медицины. Мы постоянно должны обращаться к опыту наших учителей, которые способствовали становлению русской медицины. Не мысль должна следовать за аппаратом или инструментом, а инструмент за мыслью. Поэтому, руководствуясь современными исследованиями, мы должны четко себе представлять, что лечить мы будем конкретного больного, так как всем нам часто приходится работать с пациентами, которые страдают синхронно несколькими заболеваниями в различных стадиях и фазах.

Список литературы

1. Верткин А. Л., Румянцев М. А., Скотников А. С. Коморбидность // Клиническая медицина. 2012, № 10, с. 4–11.
2. Верткин А.Л., Скотников А.С., Румянцев М.А. и соавт. Коморбидность: от истоков развития до современного понятия. Как оценить и прогнозировать // «Кардиология» № 9, 2011.
3. Горшунова Н.К. Диагностика полиморбидности в практике семейного врача // Врач №1, 2006. № 1. С. 10–11.
4. Крутько В.Н., Донцов В.И. Системные механизмы и модели старения. — М.: Издательство ЛКИ, 2008. — 336 с. (Серия «Проблемы геронтологии». Выпуск 5).
5. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Дроздов В.Н., Ефремов Л.И. Полипрагмазия: гериатрический аспект проблемы // Consilium medicum. 2007. № 12. С.29–34.
6. G.M. van Dijk, C. Veenhof, F. Schellevis, H. Hulsmans at all. Comorbidity, limitations in activities and pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee//BMC Musculoskelet Disord. 2008; 9: 95.
7. Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie. ... Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GCM, Hart JT: Multimorbidity and the inverse care law in primary care// The British Medical Journal, 2012, 344:e4152. e4152.
8. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study.// Lancet 2012 Jul 7;380(9836):37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2. Epub 2012 May 10.

9. Martínez Velilla N. Multimorbidity: the ultimate geriatric syndrome// Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2010 Jul-Aug;45(4): 177-8. Epub 2010 May 12.
10. Salisbury C., Johnson L., Purdy S., Valderas J.M., Montgomery A.A. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study// The British Journal of General Practice. 2011 Jan; 61(582): e12–21.
11. Schöfer I., von Leitner E.C., Schön G., Koller D., Hansen H., Kolonko T., Kaduszkiewicz H., Wegscheider K., Glaeske G., van den Bussche H. Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. Public Library of Science (PLoS) One. 2010. Dec 29; 5(12): e15941.

Рецензенты:

Рахматуллов Ф.К., д.м.н., профессор, зав. кафедрой «Внутренние болезни» Медицинского института ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», г. Пенза;

Краюшкин С.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой амбулаторной и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО Волгоградский медицинский университет Минздрава России, г.Волгоград.