

Полиморбидность и полипрагмазия: причина или следствие

А.В. Турушева, Е.В. Фролова

Кафедра семейной медицины

**ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России**

План

1. Терминология и определения полиморбидности, оценка
2. Частота полиморбидности
3. Проблемы врача в работе с полиморбидными пациентами
4. Проблемы полиморбидного пациента
5. Полипрагмазия – определение
6. Как оценивать полипрагмазию
7. Рекомендации врачу по работе с полиморбидными пациентами
8. Как управлять лекарственной терапией у полиморбидного пациента

Определение понятия полиморбидность

«сопутствующие заболевания»

«сочетанные заболевания»

«коморбидные состояния»

«коморбидность»

«полипатия»

«полиморбидность»

«ассоциированные заболевания»

«соболезненность»

«плюрипатология»

«мультиморбидность»

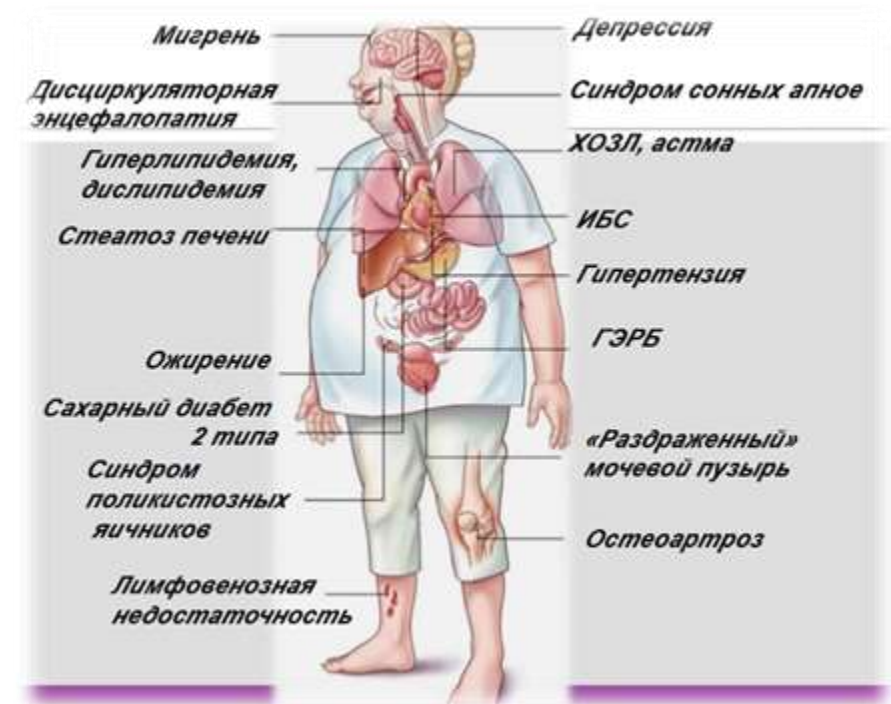
Распространенность в возрасте от 17 до 25 лет - 10% - 73.9%,
в возрасте 65 лет и старше – от 47.3% до 98%

«Полиморбидность» или «мультиморбидность»

- Впервые стали использовать в странах, где население говорит на языках романо-германской группы и получили дальнейшее распространение на территории стран Восточной Европы и нынешних стран СНГ
- В 80-90-х годах термин “мультиморбидность” часто использовался немецкими авторами, пишущих на английском, для описания состояния существования нескольких заболеваний у одного человека, которое нельзя было описать с использованием индекса коморбидности

Коморбидность

Термин предложен Фейнштейном (Feinstein) в 1970 году для описания состояния наличия двух заболеваний, сопровождающихся появлением новой клинической симптоматикой или новых симптомов на фоне уже существующей клинической картины



В современной литературе термин «коморбидность» чаще всего имеет три значения:

1. одновременное существование у одного пациента двух и более независимых друг от друга патологических состояний;
2. одновременное существование у одного пациента двух и более взаимосвязанных между собой заболеваний или клинических синдромов;
3. одновременное существование у одного пациента двух и более заболеваний или клинических синдромов вне зависимости от наличия или отсутствия патогенетической связи между ними

Существует более 17 различных шкал для измерения коморбидности

- система подсчета количества заболеваний (Disease counts),
- шкала хронических заболеваний CDS (Chronic Disease Score/RxRisk),
- индекс коморбидности Чарлсон (Charlson index),
- система CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics),
- индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity)
- индекс Kaplan-Feinstein (Kaplan-Feinstein index)

Индекс Kaplan-Feinstein

	1	2	3
Артериальная гипертензия			
Болезни сердца			
Болезни сосудов			
Болезни центральной и периферической нервной системы			
Болезни органов дыхательной системы			
Болезни почек			
Болезни печени			
Болезни пищеварительной системы			
Злокачественные новообразования			
Болезни опорно-двигательной системы			
Алкоголизм			
Разное			
Сумма баллов			

Индекс коморбидности Чарлсона (Charlson index).

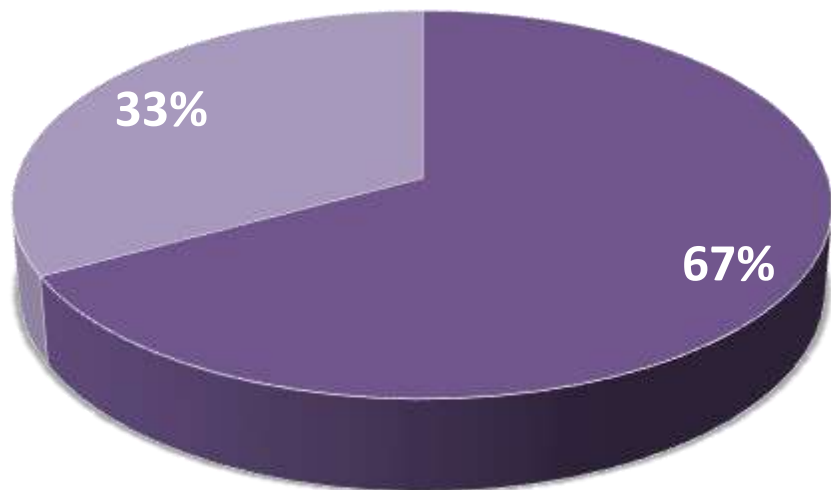
Заболевания	Баллы
Инфаркт миокарда	1
Сердечная недостаточность	1
Поражение периферических сосудов (наличие перемежающейся хромоты, аневризма аорты более 6 см, острая артериальная недостаточность, гангрена)	1
Преходящее нарушение мозгового кровообращения	1
Острое нарушение мозгового кровообращения с минимальными остаточными явлениями	1
Деменция	1
Бронхиальная астма	1
Хронические неспецифические заболевания легких	1
Коллагенозы	1
Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки	1
Цирроз печени без портальной гипертензии	1
Сахарный диабет без конечно-органных поражений	1
Острое нарушение мозгового кровообращения с гемиплегией или параплегией	2
Хроническая почечная недостаточность с уровнем креатинина более 3 мг, %	2
Сахарный диабет с конечно-органными поражениями	2
Злокачественные опухоли без метастазов	2
Острый и хронический лимфо- или миелолейкоз	2
Лимфомы	2
Цирроз печени с портальной гипертензией	3
Злокачественные опухоли с метастазами	6
СПИД (не ВИЧ)	6
Сумма баллов	

Проблема использования шкал для оценки риска и прогноза пациента

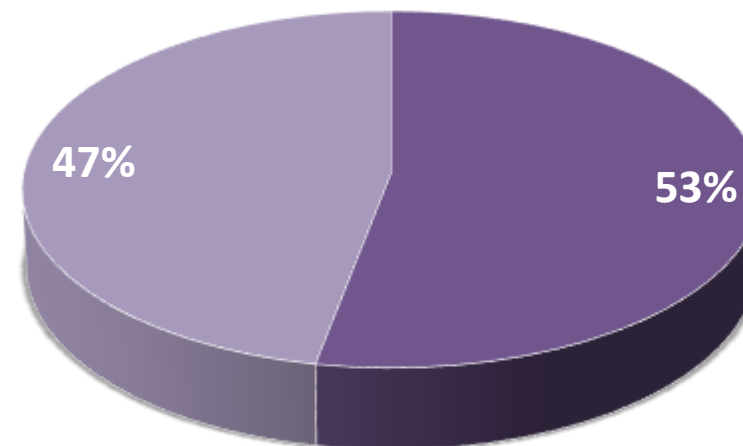
- Учитывают в оценке разные заболевания, а значит, дают разные результаты и разные рекомендации по дальнейшему лечению и прогнозу
- Исследования демонстрируют отсутствие преимущества использования какого-либо одного индекса коморбидности перед другими
- Пациенты с одним и тем же индексом коморбидности все равно имеют разный прогноз и требуют разного подхода в обследовании и лечении

Частота хронических заболеваний у зависимых и независимых участников исследования Хрусталь

Не нуждаются в помощи
посторонних в повседневной жизни



Зависимые от посторонней
помощи в повседневной жизни

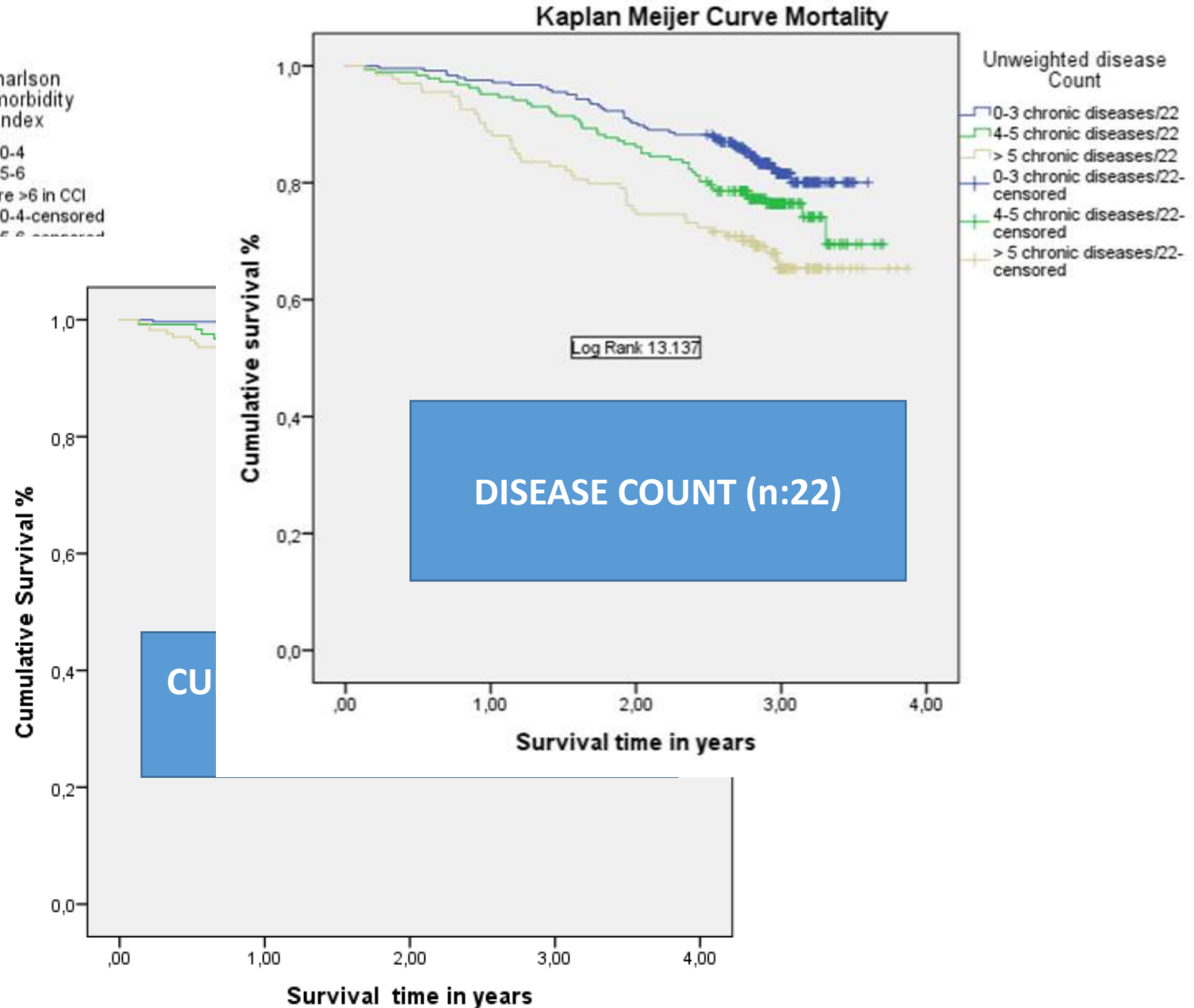
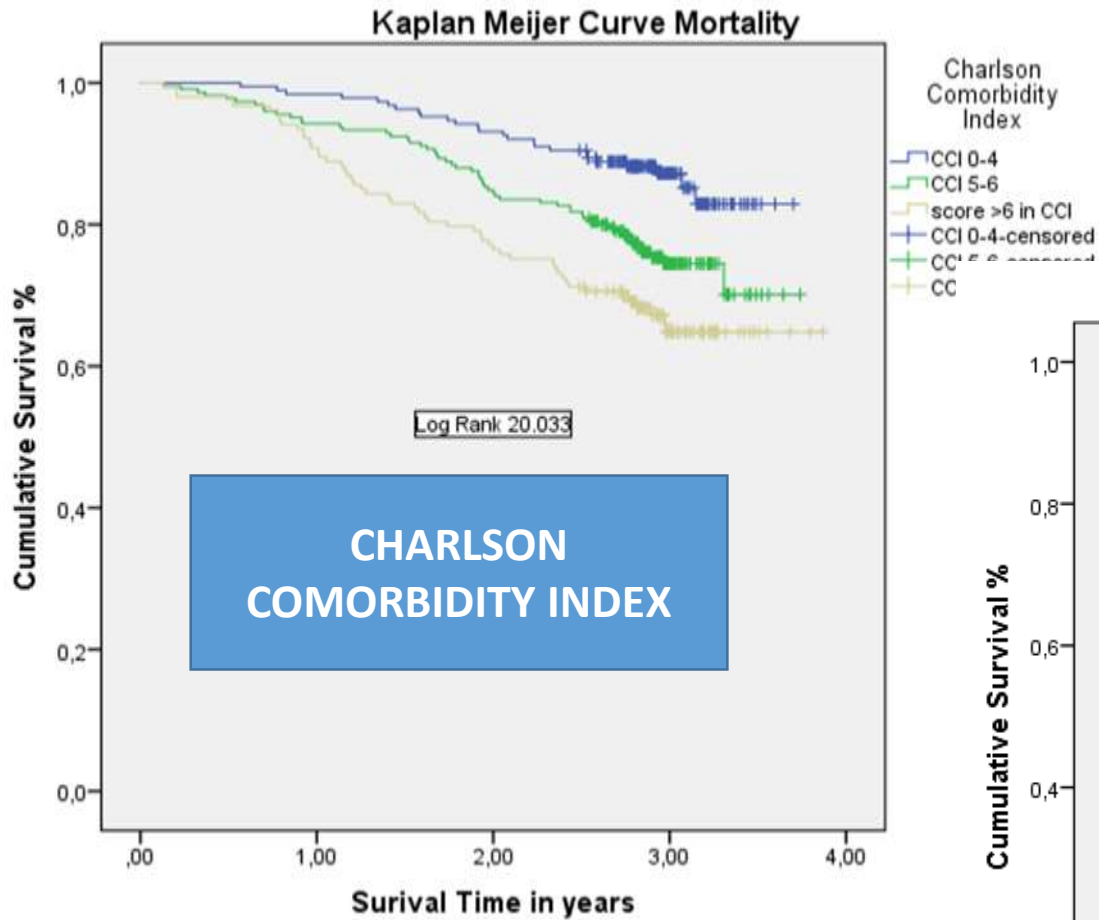


$P > 0,05$

■ 0-2 заболевания

■ 3-6 заболеваний

Мультиморбидность и смертность



Проблема использования шкал для оценки риска и прогноза пациента

Применение всех клинических рекомендаций в отношении лечения каждого конкретного заболевания у пациентов с полиморбидностью может привести к неправильному выбору тактики лечения, полипрагмазии, ухудшению качества жизни и прогноза пациента, потому что клинические рекомендации создаются только по одному заболеванию

Полипрагмазия

- Существует более 24 определений полипрагмазии
- Официальная медицина России определяет полипрагмазию как одновременное назначение 5 и более ЛС

Основные проблемы медикаментозной терапии пожилых и старых людей

- 1) возрастание потребности в ЛС;
- 2) возрастные изменения фармакокинетики и фармакодинамики назначаемых ЛС;
- 3) возрастные особенности межлекарственных взаимодействий;
- 4) небольшое количество исследований, включающих пациентов пожилого и особенно старческого возраста;
- 5) самолечение.

Фармакокинетические и терапевтические последствия патофизиологических изменений у гериатрических больных

Параметр	Физиологические изменения	Фармакокинетические последствия.	Терапевтические последствия
Масса тела	Обычно снижена	Обычная доза препарата дает высокие уровни его концентрации в крови	Передозировка
Секреция пищеварительного тракта	Понижение секреции, ослабление моторики ЖКТ	Понижение скорости всасывания, замедление поступления их в тонкий кишечник	Понижение эффекта, увеличение продолжительности действия лекарств
Сердце и кровообращение	Понижение сердечного выброса и скорости кровообращения	Замедление распределения, снижение объема распределения лекарственных веществ	Увеличение времени до наступления клинического эффекта и числа побочных эффектов
Почки	Уменьшение почечного кровотока	Понижение клиренса креатинина	Передозировка, увеличение продолжительности действия лекарств
Белки плазмы	Гипоальбуминемия	Повышение концентрации несвязанного лекарственного вещества	Повышение эффективности лекарств и числа побочных эффектов

Основные правила, позволяющие избежать нежелательных взаимодействий ЛС

- 1) при назначении нескольких ЛС врачу необходимо ознакомиться с разделом «Взаимодействие» инструкции по применению ЛС и учесть эту информацию;
- 2) при выборе ЛС необходимо учитывать уже назначенные препараты;
- 3) нужно согласовывать назначения ЛС с разными специалистами;
- 4) следует организовать обучение врачей и пациентов (в т. ч. информирование по поводу БАД);
- 5) в программы обучения нужно включать вопросы взаимодействия ЛС

Электронные программы проверки нежелательного взаимодействия ЛС

- модуль «Взаимодействие» для прогнозирования нежелательных взаимодействий ЛС по данным раздела инструкции «Взаимодействие»: <http://pharmsuite.ru/>;
- интернет-сервис справочника РЛС (раздел «Аптечка для проверки взаимодействия»): www.rlsnet.ru;
- Interactions checker - https://www.drugs.com/drug_interactions.html
- Medscape — <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>

Критерии Бирса, где ЛС разделены на 3 категории + взаимодействие ЛС:

- 1) ЛС, использование которых у пациентов пожилого возраста нежелательно;
- 2) потенциально опасные для пожилых людей ЛС и их взаимодействия, которые могут усугубить болезнь или синдром;
- 3) потенциально опасные для назначения пожилым пациентам ЛС.
- 4) Клинически потенциально опасные для пожилых людей лекарства и их взаимодействия.

Критерии Бирса (рекомендации Американской гериатрической ассоциации 2015 г.): ЛС, использование которых у пациентов пожилого возраста нежелательно

Препараты	Обоснование	Рекомендации по использованию
Антиагреганты Дипиридамола короткого действия (таблет. форма) (за исключением дипиридамола длительного действия в комбинации с аспирином)	Могут вызывать ортостатическую гипотонию. Доступны более эффективные альтернативы	Избегать (за исключением проведения стресс тестов: стресс-ЭКГ, стресс-ЭХОКГ)

Критерии Бирса (рекомендации Американской гериатрической ассоциации 2015 г.): потенциально опасные для пожилых людей ЛС и их взаимодействия, которые могут усугубить болезнь или синдром

Болезнь или синдром	Препарат	Обоснование	Рекомендации по применению
Сердечная недостаточность	НПВП Недигидропиридин БКК (дилтиазем, верапамил) Тиазолидиндионы (пиоглитазон, росиглитазон) Цилостазол Дронедарон (выраженная или недавно декомпенсированная сердечная недостаточность)	Способны стимулировать задержку жидкости в организме и усугублять сердечную недостаточность. Избегать использования, кроме как при ХСН со сниженной фракцией выброса	Избегать

Критерии Бирса (рекомендации Американской гериатрической ассоциации 2015 г.): потенциально **опасные** для назначения пожилым пациентам ЛС

Препараты	Обоснование	Рекомендации по применению
Аспирин для первичной профилактики сердечных событий	Отсутствие доказательств пользы по сравнению с риском у пожилых в возрасте ≥ 80	Использовать с осторожностью у пожилых в возрасте ≥ 80

Критерии Бирса (рекомендации Американской гериатрической ассоциации 2015 г.): клинически потенциально опасные для пожилых людей лекарства и их взаимодействия

Препараты или классы препаратов	Взаимодействующий объект	Обоснование	Рекомендации по применению
Ингибиторы АПФ	Амилорид или триамтерен	Повышенный риск гиперкалиемии	Избегать (показаны пациентам с явлениями гипокалиемии)
Варфарин	Амиодарон НПВС	Повышение риска кровотечений	Избегать (если это невозможно — контролировать МНО)

STOPP/START - критерии

STOPP/START-критерии разработаны в 2008 году для аудита лекарственных назначений с целью оптимизации лекарственной терапии и снижения развития НПР у пожилых пациентов

После пересмотра в 2015 г. общее количество 114 (80 STOPP- и 34 START- критерия).

STOPP/START - критерии для ССЗ

STOPP	Дигоксин > 125 мг/сут длительно у пациентов со сниженной почечной функцией — СКФ < 50 мл/мин (риск повышенной токсичности препарата)
STOPP	Дигоксин для лечения сердечной недостаточности при сохранной систолической функции (нет доказательств пользы)
STOPP	Петлевые диуретики при отеках нижних конечностей в отсутствие клинических признаков сердечной недостаточности (нет доказательств эффективности, компрессионный трикотаж более предпочтителен)
STOPP	Петлевые диуретики в качестве монотерапии первой линии при
STOPP	Ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов у пациентов с гиперкалиемией

STOP/START - критерии для ССЗ

START	Антигипертензивная терапия при систолическом АД > 160 мм рт. ст.
START	Аспирин при коронарной болезни сердца в анамнезе у пациентов с синусовым ритмом
START	Ингибиторы АПФ при ХСН
START	Варфарин при ФП
START	Аспирин при хронической ФП, если варфарин противопоказан
START	Ингибиторы АПФ после острого инфаркта миокарда
START	Бета-адреноблокаторы при стабильной стенокардии

Медикаменты являются частой причиной заболеваемости и даже смертности в гериатрической популяции.

Значительное число госпитализаций вызваны побочными или нежелательными эффектами препаратов или несоблюдением рекомендаций по их приему.



Порядок оказания медицинской помощи по профилю
«клиническая фармакология», утвержденный приказом
Минздрава России от 2 ноября 2012 г.
№ 575н

Лечащий врач (врач специалист, врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейным врач)) обязан направлять пациента к клиническому фармакологу в случае назначения больному:

- 5 и более наименований ЛП одновременно
- свыше 10 наименований ЛП при курсовом лечении

Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденный приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н

Лечащий врач обязан согласовывать назначения ЛП с заведующим отделением, ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также с врачом-клиническим фармакологом, при назначении пациенту:

- 5 и более наименований ЛП

Назначение и выписывание ЛП по решению врачебной комиссии при оказании первичной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях производится в случае одновременного назначения пациенту:

- 5 и более ЛП в течение 1 суток
- свыше 10 наименований в течение 1 месяца

Примерные дополнительные профессиональные программы медицинского образования по специальности «Гериатрия», утвержденные приказом Минздрава России от 22 января 2014 г. № 36н

По окончании обучения врач-гериатр должен уметь определять минимальное количество препаратов для получения максимального клинического эффекта, а также исключать полипрагмазию из-за возможных побочных и токсических эффектов при назначении большого количества ЛП

Выводы

- Полиморбидность и полипрагмазия- явления, тесно связанные между собой
- При назначении нескольких ЛС пожилым людям с полиморбидностью обязательно сверяйтесь с листом взаимодействия ЛС
- Используйте критерии Бирса и STOP/START - критерии
- Тесное взаимодействие с клиническим фармакологом