

А.Л. Верткин*, М.А. Румянцев, А.С. Скотников

УДК 616-07/-08

ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра терапии, клинической фармакологии и неотложной помощи

КОМОРБИДНОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Окончание. Начало читайте в журнале «Архивъ внутренней медицины», № 1, 2011, с. 16–20.

Значимость коморбидности не вызывает сомнений, но как же ее измерить у конкретного пациента? Например, у больной С. 73 лет, вызвавшей скорую медицинскую помощь в связи с внезапно возникшей давящей болью за грудиной? Из анамнеза известно, что много лет пациентка страдает ишемической болезнью сердца (ИБС). Подобные болевые ощущения в груди у нее возникали и ранее, но всегда проходили через несколько минут после сублингвального приема органических нитратов. В данном случае прием трех таблеток нитроглицерина обезболивающего эффекта не дал. Из анамнеза известно, что больная дважды в течение последних 10 лет перенесла инфаркт миокарда, а также острое нарушение мозгового кровообращения с левосторонней гемиплегией более 15 лет назад. Кроме того, пациентка страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом (СД) 2 типа с диабетической нефропатией, миомой матки, желчнокаменной болезнью, остеопорозом и варикозной болезнью нижних конечностей. Удалось выяснить, что больная регулярно принимает ряд гипотензивных препаратов, мочегонные и пероральные сахароснижающие средства, а также статины, антиагреганты и ноотропы. Более 20 лет назад она перенесла холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни, а также экстракцию хрусталика в

рамках лечения катаракты правого глаза 4 года назад. Больная была госпитализирована в кардиореанимационное отделение многопрофильного стационара с диагнозом острый трансмуральный инфаркт миокарда. В ходе обследования была выявлена умеренная азотемия, легкая гипохромная анемия, протеинурия и снижение фракции выброса левого желудочка.

В настоящее время существует 12 общепризнанных методов измерения коморбидности [21]. Первыми были система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) и индекс Kaplan–Feinstein, разработанные в 1968 и 1974 г. соответственно. Система CIRS, предложенная B.S. Linn, явилась революционным открытием, т.к. дала возможность практическим врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре коморбидного статуса их пациентов [43]. Однако она не учитывала возраст больных и специфику болезней пожилого возраста, а поэтому спустя 23 года была пересмотрена M.D. Miller. Разновидность системы CIRS у пожилых больных получила название CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics) [45, 46].

Правильное применение системы CIRS подразумевает отдельную суммарную оценку состояния каж-

Заболевания пациентки С., 73 года	Баллы				
	0	1	2	3	4
Болезни сердца					X
Болезни сосудов (кровеносных и лимфатических)					X
Болезни крови (костного мозга, селезенки и периферической крови)		X			
Болезни органов дыхательной системы (трахеи, бронхов и легких)	X				
Болезни органов чувств (глаз, носа, ушей, глотки и гортани)		X			
Болезни органов верхних отделов пищеварительной системы (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы (не включая сахарный диабет) и желчного пузыря)			X		
Болезни органов нижних отделов пищеварительной системы (тонкого и толстого кишечника)	X				
Болезни печени	X				
Болезни почек			X		
Болезни органов мочеполовой системы (мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, предстательной железы и половых органов)		X			
Болезни органов опорно-двигательной системы (мышц, суставов, костей) и кожных покровов			X		
Болезни органов центральной и периферической нервной системы (головного мозга, спинного мозга и нервов)				X	
Болезни органов эндокринной системы и нарушения метаболизма (включая сахарный диабет и отравления)				X	
Психические нарушения	X				
Сумма баллов	23				

Таблица 1. Пример оценки коморбидности с помощью системы CIRS

* Контакты. Email: kafedrakf@mail.ru. Телефон: (495) 614-05-60

Заболевания пациентки С., 73 года	Баллы			
	0	1	2	3
Артериальная гипертензия			X	
Болезни сердца				X
Болезни сосудов				X
Болезни центральной и периферической нервной системы			X	
Болезни органов дыхательной системы	X			
Болезни почек		X		
Болезни печени	X			
Болезни пищеварительной системы		X		
Злокачественные новообразования	X			
Болезни опорно-двигательной системы			X	
Алкоголизм	X			
Разное			X	
Сумма баллов	16			

Таблица 2. Пример оценки коморбидности с помощью индекса Kaplan–Feinstein

дой из систем органов: 0 соответствует отсутствию заболеваний выбранной системы, 1 — легким отклонением от нормы или перенесенным в прошлом заболеваниям, 2 — болезни, нуждающейся в назначении медикаментозной терапии, 3 — заболеванию, ставшему причиной инвалидности, 4 — тяжелой органной недостаточности, требующей проведения неотложной терапии.

Система CIRS оценивает коморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 56. По мнению ее разработчиков, максимальные результаты не совместимы с жизнью. Пример оценки коморбидности представлен в табл. 1.

Таким образом, коморбидность больной С. может быть расценена как средней тяжести (23 балла из 56), однако оценить прогноз пациентки не представляется возможным из-за отсутствия интерпретации полученных результатов и их связи с рядом прогностических характеристик.

Индекс Kaplan–Feinstein был создан на основе изучения воздействия сопутствующих заболеваний на 5-летнюю выживаемость больных СД 2 типа [39, 40]. В этой системе оценки коморбидности все имеющиеся заболевания и их осложнения в зависимости от выраженности органных поражений подразделяются на легкие, средние и тяжелые. При этом вывод о суммарной коморбидности делается на основе состояния наиболее декомпенсированной системы органов. Данный индекс дает суммарную, но менее подробную по сравнению с системой CIRS оценку состояния каждой из систем органов: 0 — отсутствие болезни, 1 — легкое течение заболевания, 2 — заболевание средней тяжести, 3 — тяжелая болезнь.

Индекс Kaplan–Feinstein оценивает коморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 36. Пример оценки коморбидности по этой системе представлен в табл. 2. Таким образом, коморбидность больной С. по этой системе может быть

Заболевания пациентки С., 73 года	Балл
Инфаркт миокарда	1 X
Сердечная недостаточность	1 X
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 параличом	2 X
Хроническая почечная недостаточность с уровнем креатинина более 3 мг, %	2
Сахарный диабет с конечно-органными поражениями	2 X
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
Синдром приобретенного иммунодефицита	6
Сумма баллов	6 + 3 (по возрасту) = 9

Таблица 3. Пример оценки коморбидности с помощью индекса Charlson

расценена как средней тяжести (16 баллов из 36), однако ее прогностическая значимость по-прежнему не ясна в виду отсутствия интерпретации общего балла, полученного по результатам суммирования заболеваний, имеющих у пациентки. Кроме того, очевидным недостатком этого способа оценки коморбидности является чрезмерная обобщенность нозологий и отсутствие в шкале большого количества болезней, которые, вероятно, следует отмечать в графе «разное», что уменьшает объективность и результативность этого метода. При этом бесспорное преимущество индекса Kaplan–Feinstein перед системой CIRS заключается в возможности независимого включения в анализ злокачественных новообразований и учета их тяжести.

Среди существующих сегодня систем оценки коморбидности наиболее распространены шкала ICED и индекс Charlson, предложенный для оценки отдаленного прогноза больных в 1987 г. профессором Mary Charlson.

Данный индекс представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 40) наличия определенных сопутствующих заболеваний и используется для прогноза летальности [16]. При его расчете суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляется один балл на каждые 10 лет жизни при превышении пациентом 40-летнего возраста (т.е. 50 лет — 1 балл, 60 лет — 2 балла) (табл. 3).



М.М. Батюшин,
профессор кафедры
внутренних болезней
№ 1 ГБОУ ВПО РостГМУ
Минздравсоцразвития России,
д.м.н.

Актуальность проблемы коморбидности в терапевтической практике определяется несколькими обстоятельствами. Во-первых, детальное изучение патологических процессов в организме пациента, как правило, сопровождается выявлением двух и более заболеваний, создавая прецедент высокой распространенности коморбидности. Во-вторых, в арсенале доказательной медицины практически отсутствуют исследования влияния тех или иных лекарственных препаратов *in vivo* на организм пациента, страдающего несколькими недугами. Точнее, такие исследования в основном касаются двух-трех наиболее распространенных нозологий. Это формирует необходимость индивидуализации диагностического и лечебного подходов к ведению больного, формируя отношение к протоколам и иным согласительным документам как к общему руководству к действию, отказ от которого становится вынужденной мерой в ситуации коморбидности.

В клинике нефрологии Ростовского государственного медицинского университета проблема коморбидности исследуется с точки зрения взаимных влияний почечных заболеваний и заболеваний других органов и систем. Особый интерес, с нашей точки зрения, представляет категория пациентов, страдающих сахарным диабетом, артериальной гипертензией и ожирением.

Таким образом, коморбидность больной С., согласно настоящей методике, соответствует легкой степени (9 баллов из 40). Основной отличительной особенностью и безоговорочным достоинством индекса Charlson является возможность оценки возраста пациента и определения смертности больных, которая при отсутствии коморбидности составляет 12%, при 1–2 баллах — 26%; при 3–4 баллах — 52%, а при сумме более 5 баллов — 85%. К сожалению, представленная методика имеет некоторые недостатки — при расчете коморбидности не учитывается степень тяжести многих патологий, а также отсутствует ряд прогностически важных заболеваний. Кроме того, сомнительно, что теоретически возможный прогноз пациента, страдающего бронхиальной астмой и хроническим лейкозом, сопоставим с прогнозом больного инфарктом миокарда и инфарктом головного мозга. Некоторые из указанных недостатков индекса Charlson были исправлены R.A. Deyo в 1992 г. В модифицированный индекс Charlson были добавлены хронические формы ИБС и стадии хронической сердечной недостаточности [23].

Поражение почек у данной когорты больных обычно квалифицируется как диабетическая нефропатия, однако очевидным является влияние на функционирование почечной паренхимы и артериальной гипертензии, и ожирения. Выделение причинного фактора, определение вклада той или иной патологии в патогенез повреждения почек на сегодняшний день в научно-методологическом плане в полной мере не представляется возможным. При этом речь идет о наиболее частых причинах поражения почек, приводящих к развитию хронической болезни почек 5-й стадии. По данным отдельных авторов, удельный вес больных с наличием фоновых, конкурирующих или сопутствующих заболеваний в структуре пациентов терапевтического стационара достигает 94–97%. Частыми спутниками хронических заболеваний внутренних органов являются болезни зубов и полости рта, локомоторного аппарата, кожных покровов. Нередко некоторые заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и почек возникают по причине медикаментозных воздействий. По данным зарубежных регистров лекарственной болезни, примерно 32–40% всех случаев приема лекарственных средств заканчивается возникновением кратковременных или продолжительных нежелательных явлений и осложнений, требующих отмены препарата.

Таким образом, коморбидность — это реальность сегодняшнего дня, диктующая необходимость комплексного индивидуального подхода к ведению каждого пациента, выработки критериев и показаний к сочетанной медикаментозной терапии. Также необходимо учитывать возможность взаимодействия лекарственных препаратов и взаимного влияния лекарств на течение и исход заболеваний, сопутствующих основной патологии.

Индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Diseases) был первоначально разработан S. Greenfield для оценки коморбидности больных злокачественными новообразованиями, а в последующем нашел применение и у других категорий пациентов. Данный метод помогает в расчете продолжительности пребывания в стационаре и риска повторной госпитализации больного после проведенного хирургического вмешательства. Для расчета коморбидности шкала ICED предлагает оценивать состояние пациента отдельно по двум компонентам: физиологическим и функциональным характеристикам [33]. Первый компонент включает в себя 19 сопутствующих заболеваний, каждое из которых оценивается по 4-балльной шкале, где 0 — это отсутствие болезни, а 3 — ее тяжелая форма. Второй компонент оценивает влияние сопутствующих заболеваний на физическое состояние пациента: 11 физических функций по 3-балльной шкале, где 0 — это нормальная функция, а 2 — невозможность ее осуществления.

Проанализировав коморбидный статус больной С. с помощью наиболее востребованных международных шкал оценки коморбидности, мы получили принципиально различные результаты. Их неоднозначность и противоречивость в определенной степени затруднили формирование представлений об истинной тяжести состояния больной и осложнили назначение рациональной фармакотерапии имеющихся у нее заболеваний. С подобными трудностями ежедневно сталкивается любой клиницист независимо от его опыта и осведомленности в области медицинской науки и практики. Более того, кроме разобранных в этой статье систем оценки коморбидности, в настоящее время существуют индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity — гериатрический индекс коморбидности) [50], индекс FCI (Functional Comorbidity Index — функциональный индекс коморбидности) [35], индекс TIBI (Total Illness Burden Index — индекс общей болезненной нагрузки), а также ряд шкал, позволяющих пациентам самостоятельно оценивать свою коморбидность [14, 22, 36, 42, 58]. Анализ сопутствующей патологии пациента в том же клиническом случае с помощью этих индексов, несомненно, дал бы новые результаты, но при этом еще больше запутал бы практикующего врача.

Как представляется авторам, основными препятствиями 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 ее измерения, лишенного недостатков существующих методик. Отсутствие единого инструмента, созданного на основе колоссального международного опыта, а также методологии его использования не дает практикующему врачу возможности объективной оценки коморбидности. При этом из-за разрозненности в подходах к анализу коморбидного статуса и отсутствия составляющих коморбидности в учебных программах медицинских вузов клиницисту неочевидно ее прогностическое влияние, что делает общедоступные системы оценки сопутствующей патологии неаргументированными, а поэтому и невостребованными.

«Специалист подобен флюсу — полнота его односторонняя», — писала когда-то группа авторов, скрывавшаяся под псевдонимом Козьмы Прутковка, а потому сегодня назрел вопрос проведения обобщающего фундаментального исследования коморбидности, ее свойств и закономерностей, а также ассоциированных с ней явлений и феноменов — исследования у постели больного и у секционного стола. Итогом этой работы должно стать создание универсального инструмента, позволяющего практикующему врачу беспрепятственно и легко оценивать структуру, тяжесть и возможные последствия коморбидности, проводить целенаправленное обследование больных и назначать им адекватное лечение. Ⓐ

Список литературы

1. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза. М., 2004.
2. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. Монография. 2-е изд. Иркутск, 2010.
3. Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И. Окончательный диагноз. М., 2008.
4. Верткин А.Л., Скотников А.С. Роль хронического аллергического воспаления в патогенезе бронхиальной астмы и его рациональная фармакотерапия у пациентов с полипатией // Лечащий врач. 2009. № 4. С. 61–67.
5. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. М., 2008.
6. Лазебник Л.Б. Полиморбидность и старение // Клинический геронтолог. 2005. № 12.
7. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность // Consilium Medicum. 2005. № 12.
8. Лучихин Л.А. Коморбидность в ЛОР-практике // Вестник оториноларингологии. 2010. № 2. С. 79–82.
9. Нуллер Ю.Л. Обзор психиатрии и мед. психологии. М., 1993.
10. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш. Депрессии и коморбидные расстройства. М., 1997.
11. Aronow W.S. Prevalence of CAD, complex ventricular arrhythmias, and silent myocardial ischemia and incidence of new coronary events in older persons with chronic renal insufficiency and with normal renal function // Am. J. Card. 2000. № 86. P. 1142–1143.
12. Boyd J.H., Burke J.D. Exclusion criteria of DSM-III: a study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes // Arch. Gen. Psychiatry. 1984. № 41. P. 983–9.
13. Bruce S.G., Riediger N.D., Zacharias J.M., Young T.K. Obesity and obesity-related comorbidities in a Canadian First Nation population // Prev. Chronic Dis. 2011.
14. Carey E.C., Walter L.C., Lindquist K., Covinsky K.E. Development and validation of a functional morbidity index to predict mortality in community-dwelling elders // J. Gen. Intern. Med. 2004. Vol. 19. № 10. P. 1027–33.
15. Caughey G.E., Vitry A.I., Gilbert A.L., Roughead E.E. Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia // BMC Public Health. 2008. № 8. P. 221.
16. Charlson M.E., Pompei P., Ales H.L. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation // Journal Chronic Disease. 1987. № 40. P. 373–383.
17. Cloninger C.R. Implications of comorbidity for the classification of mental disorders: the need for a psychobiology of coherence // Psychiatric Diagnosis and Classification. 2002. P. 79–105.
18. Cuijpers P., van Lammeren P., Duzijn B. Relation between quality of life and chronic illnesses in elderly living in residential homes: a prospective study // Int. Psychogeriatr. 1999. № 11. P. 445–454.
19. Daveluy C., Pica L., Audet N. Enquête Sociale et de Santé 1998. 2nd ed. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2001.
20. DCCT Research Group Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT) // Diabetes Care. 1998. № 11. P. 725–732.
21. De Groot V., Beckerman H., Lankhorst G.J., Bouter L.M. How to measure comorbidity: a critical review of available methods // J. Clin. Epidemiol. 2003. Vol. 56. № 3. P. 221–9.
22. Desai M.M., Bogardus S.T. Jr, Williams C.S. et al. Development and validation of a risk-adjustment index for older patients: the high-risk diagnoses for the elderly scale // J. Am. Geriatr. Soc. 2002. Vol. 50. № 3. P. 474–81.

23. Deyo R.A., Cherkin D.C., Ciol M.A. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases // J. Clin. Epidemiol. 1992. Vol. 45. № 6. P. 613–9.
24. Feinstein A.R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease // Journal Chronic Disease. 1970. Vol. 23. № 7. P. 455–468.
25. Feudjo-Tepie M.A., Le Roux G., Beach K.J., Bennett D., Robinson N.J. Comorbidities of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: A Population-Based Study // Advances in Hematology. 2009.
26. Fortin M., Bravo G., Hudon C. et al. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice // Ann. Fam. Med. 2005. № 3. P. 223–8.
27. Fortin M., Dionne J., Pinho G. et al. Randomized clinical trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities? // Ann. Fam. Med. 2006. № 4. P. 104–8.
28. Fortin M., Lapointe L., Hudon C., Vanasse A. Multimorbidity in medical literature: Is it commonly researched? // Can. Fam. Physician. 2005. № 51. P. 244–245.
29. Fortin M., Lapointe L., Hudon C., Vanasse A. Multimorbidity in the medical literature: a bibliometric study // Can. Fam. Physician. 2004.
30. Fuchs Z., Blumstein T., Novikov I. Morbidity, comorbidity, and their association with disability among community-dwelling oldest in Israel // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 1998. Vol. 53A. № 6. P. M447–M455.
31. Gijzen R., Hoeymans N., Schellevis F.G., Ruwaard D., Satariano W.A. Causes and consequences of comorbidity: a review // Journal of Clinical Epidemiology. 2001. Vol. 54. Iss. 7. P. 661–674.
32. Gill T., Feinstein A.R. A critical appraisal of the quality-of-life measurements // JAMA. 1994. № 272. P. 619–626.
33. Greenfield S., Apolone G. The importance of coexistent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement: Comorbidity and outcomes after hip replacement // Med. Care. 1993. № 31. P. 141–154.
34. Grimby A., Svanborg A. Morbidity and health-related quality of life among ambulant elderly citizens // Aging. 1997. № 9. P. 356–364.
35. Grolla D.L., Tob T., Bombardier C., Wright J.G. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome // Journal of Clinical Epidemiology. 2005. Vol. 58. Iss. 6. P. 595–602.
36. Harboun M., Ankrj J. Comorbidity indexes: review of the literature and application to the elderly population // Rev. Epidemiol. Sante Publique. 2001. Vol. 49. № 3. P. 287–98.
37. Hoffman C., Rice D., Sung H.Y. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs // JAMA. 1996. Vol. 13. № 276 (18). P. 1473–9.
38. Jensen I. Proceedings: Pathology and prognostic factors in temporal lobe epilepsy. Follow-up after temporal lobe resection // Acta Neurochir. 1975. Vol. 31. № 3–4. P. 261–2.
39. Kaplan M.H., Feinstein A.R. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus // Journal Chronic Disease. 1974. № 27. P. 387–404.
40. Kaplan M.H., Feinstein A.R. Critique of methods in reported studies of long-term vascular complications in patients with diabetes mellitus // Diabetes. 1973. Vol. 22. № 3. P. 160–174.
41. Kraemer H.C. Statistical issues in assessing comorbidity // Stat. Med. 1995. № 14. P. 721–723.
42. Lee S.J., Lindquist K., Segal M.R., Covinsky K.E. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults // JAMA. 2006. Vol. 15. № 295. P. 801–8.
43. Linn B.S., Linn M.W., Gurel L. Cumulative illness rating scale // J. Amer. Geriatr. Soc. 1968. № 16. P. 622–626.
44. Michelson H., Bolund C., Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQOL) irrespective of age // Qual. Life Res. 2000. № 9. P. 1093–1104.
45. Miller M.D., Paradis C.F., Houck P.R. et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale // Psychiatry Res. 1992. № 41. P. 237–48.
46. Miller M.D., Towers A. Manual of Guidelines for Scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G). Pittsburg, Pa: University of Pittsburgh, 1991.
47. Munoz E., Rosner F., Friedman R. et al. Financial risk, hospital cost, complications and comorbidities in medical non-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups // Am. J. Med. 1988. Vol. 84. № 5. P. 933–9.
48. Pincus T., Kallahan L.F. Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously: Predictive markers, socioeconomic status and comorbidity // J. Rheumatol. 1996. Vol. 13. P. 841–845.
49. Robins L. How recognizing comorbidities in psychopathology may lead to an improved research nosology // Clinical Psychology: Science and Practice. 1994. № 1. P. 93–95.
50. Rozzini R., Frisoni G.B., Ferrucci L. et al. Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity // Age Ageing. 2002. Vol. 31. № 4. P. 277–85.
51. Sanderson W.C., Beck A.T., Beck J. Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships // Am. J. Psychiatry. 1990. № 147. P. 1025–1028.
52. Schellevis F.G., Velden J. vd, Lisonk E. vd. Comorbidity of chronic diseases in general practice // J. Clin. Epidemiol. 1993. № 46. P. 469–473.
53. Starfield B., Lemke K.W., Bernhardt T. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in Case Management // Ann. Fam. Med. 2003. Vol. 1. № 1. P. 8–14.
54. Stier D.M., Greenfield S., Lubeck D.P. et al. Quantifying comorbidity in a disease-specific cohort: adaptation of the total illness burden index to prostate cancer // Urology. 1999. Vol. 54. № 3. P. 424–9.
55. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F. et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases // J. Clin. Epidemiol. 1998. № 51. P. 367–375.
56. Van den Akker M., Buntinx F., Roos S., Knottnerus J.A. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature // Eur. J. Gen. Pract. 1996. № 2. P. 65–7.
57. Van Weel C., Schellevis F.G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests // Lancet. 2006. № 367. P. 550–551.
58. Walter L.C., Brand R.J., Counsell S.R. et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization // JAMA. 2001. Vol. 285. № 23. P. 2987–94.
59. Wang P.S., Avorn J., Brookhart M.A. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives // Hypertension. 2005. Vol. 46. № 2. P. 273–279.
60. Wolff J.L., Starfield B., Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in elderly // Arch. Inter. Med. 2002. № 162. P. 2269–2276.
61. Zhang M., Holman C.D., Price S.D. et al. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study // BMJ. 2009. № 338. a2752.
62. Zhang Q., Safford M., Ottenweller J. et al. Performance status of health care facilities changes with risk adjustment of HbA1c // Diabetes Care. 2000. № 23. P. 919–27.

О.Н. Курочкина^{1*}, А.Л. Хохлов², Д.А. Копылова³, Н.А. Швайко⁴, А.Н. Богомолв⁵

¹ ГОУ ВПО Коми филиал Кировской государственной медицинской академии, кафедра внутренних болезней № 2, г. Сыктывкар

² ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, кафедра клинической фармакологии

³ ГУ Коми Республиканский врачебно-физкультурный диспансер, г. Сыктывкар

⁴ МУЗ Ухтинская городская больница № 1, приемный покой

⁵ Военно-медицинская академия им. Кирова, кафедра хирургии, Санкт-Петербург

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ЛЕЧЕНИЮ

Резюме

Проведено исследование врачебных назначений больным с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), в частности рекомендаций при выписке из стационара и на амбулаторном этапе терапии. Методом опроса больных исследовалось выполнение ими врачебных назначений; выявлен средний уровень приверженности. Причинами невыполнения назначений были: забывчивость, отсутствие болевого синдрома, прием лекарств «по потребности», длительный срок после развития ИМ. Выявлены факторы приверженности лечению: женский пол, недавний срок после инфаркта, доверие к врачу, высокий уровень медико-социальной информированности, отсутствие вредных привычек.

Ключевые слова: постинфарктный кардиосклероз, фармакоэпидемиология, приверженность лечению.

Abstract

The investigation of prescribing to patients with myocardial infarction in the recommendations on discharge from hospital and outpatient was provided. Patients were studied by polling performance of medical prescriptions; found the average level of compliance. The reasons for low compliance were: forgetfulness, lack of pain, medication "on demand", long term after myocardial infarction. The factors of compliance to treatment: female, recent months after a heart attack, the credibility to the doctor, a high level of medical and social awareness, the absence of bad habits.

Key words: postinfarction cardiosclerosis, pharmacoepidemiology, compliance.

В России сердечно-сосудистые заболевания занимают 1-е место среди причин смертности населения, из них более 50% составляет ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ее осложнения — острый ИМ и внезапная остановка сердца [5]. В ходе раннее проведенных отечественных фармакоэпидемиологических исследований [2, 6, 7, 8] был определен ряд проблем, связанных с ведением пациентов с ИБС, в том числе недостаточное назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), кардиоселективных β-блокаторов, верошпирона, статинов, антиагрегантов; полипрагмазия; невыявление и отсутствие коррекции факторов риска. Большое значение для увеличения продолжительности и улучшения качества жизни имеет приверженность пациентов назначенному лечению [11]. Приверженность терапии зависит от пола, возраста больного, источника назначения лекарственных средств (ЛС) [7, 9] и снижается пропорционально времени, прошедшему после развития ИМ [7, 8, 12, 14]. Максимальна она у лиц с небольшим «стажем» заболевания [8, 13], большим числом сердечно-сосудистых осложнений в анамнезе,

высоким функциональным классом стенокардии [9]. В то же время проведенные фармакоэпидемиологические исследования постинфарктного кардиосклероза отражают ситуацию 5–10-летней давности, что не всегда соответствует современной действительности.

Целью данного исследования явилась оптимизация фармакотерапии ИБС на основании фармакоэпидемиологической оценки применения препаратов различных клинико-фармакологических групп и выявление факторов приверженности врачей и больных с перенесенным ИМ назначенному лечению.

Материалы и методы

С помощью специально разработанной анкеты были опрошены пациенты, перенесшие ИМ в течение последних трех лет. Вопросы анкеты подразумевали предоставление следующей информации: паспортные данные, дата ИМ, наличие факторов риска, курение, физическая активность, контроль состояния,

* Контакты. E-mail: olga_kgma@mail.ru. Телефон: (8212) 20-08-57