

Современные клинические рекомендации о тактике ведения полиморбидных больных

Тарловская Екатерина Иосифовна

д.м.н., профессор

заведующий кафедрой внутренних болезней

Приволжского Исследовательского Медицинский Университет»

Член правления Российского кардиологического общества

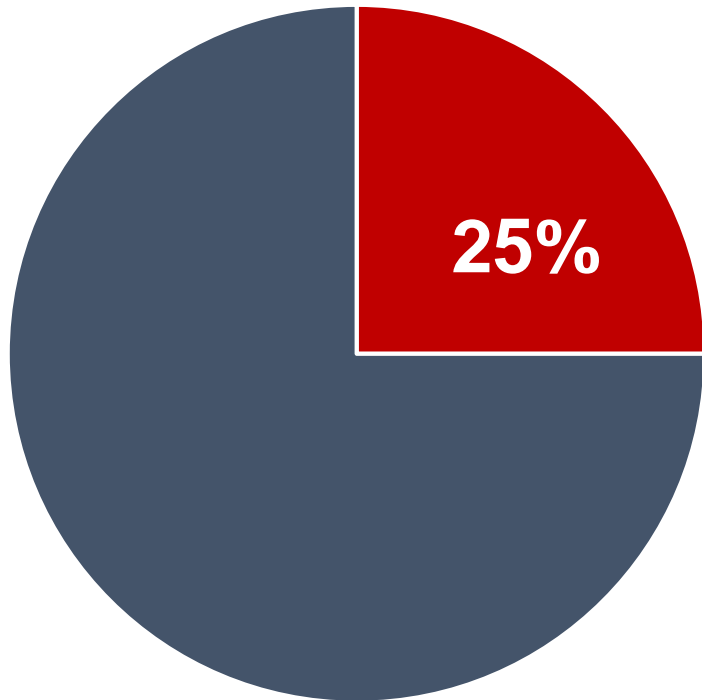
Председатель Приволжского окружного отделения Евразийской ассоциации
терапевтов

Термины

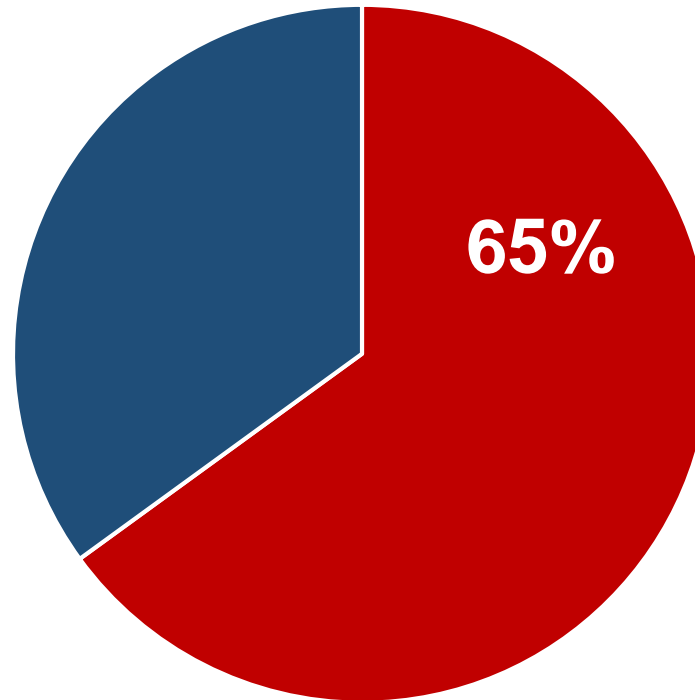
- Коморбидность - **взаимодействие** нескольких заболеваний с выделением **основного** заболевания
- Полиморбидность - 2 или более заболеваний, которые могут и не находиться в причинно-следственной связи, **все заболевания одинаково значимы**

Распространенность полиморбидности

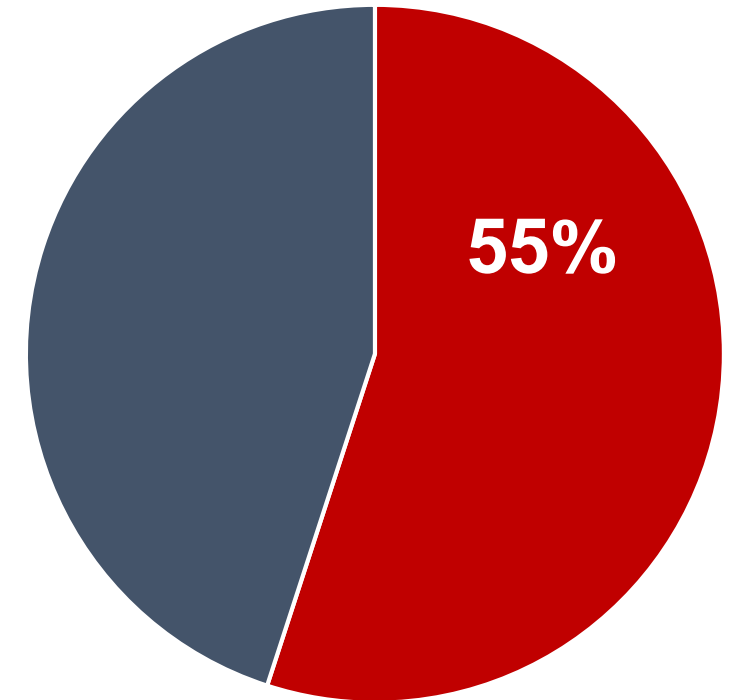
Население в целом



Люди старше 65 лет



Пациенты с хроническими заболеваниями



- Barnett K, Mercer SW, Norbury M. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380 :37–43.
- Buffel du Vaure C, Ravaud P, Baron G, Barnes C, Gilberg S, Boutron I. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. *BMJ Open*. 2016 Mar 22;6(3):e010119

Влияние полиморбидности на прогноз

Риск общей смертности



- Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2016 Nov-Dec; 67: 130-8.
- Арутюнов А.Г., Драгунов Д.О., Арутюнов Г.П., Рылова А.К., Пашкевич Д.Д., Витер К.В., Деревянченко М.В., Инина Л.И., Соловьева О.Е., Стаценко М.Е. Первое открытое исследование синдрома острой декомпенсации сердечной недостаточности и сопутствующих заболеваний в Российской Федерации. Независимый регистр ОРАКУЛ-РФ. Кардиология, 2015; 22(5): 12-21.

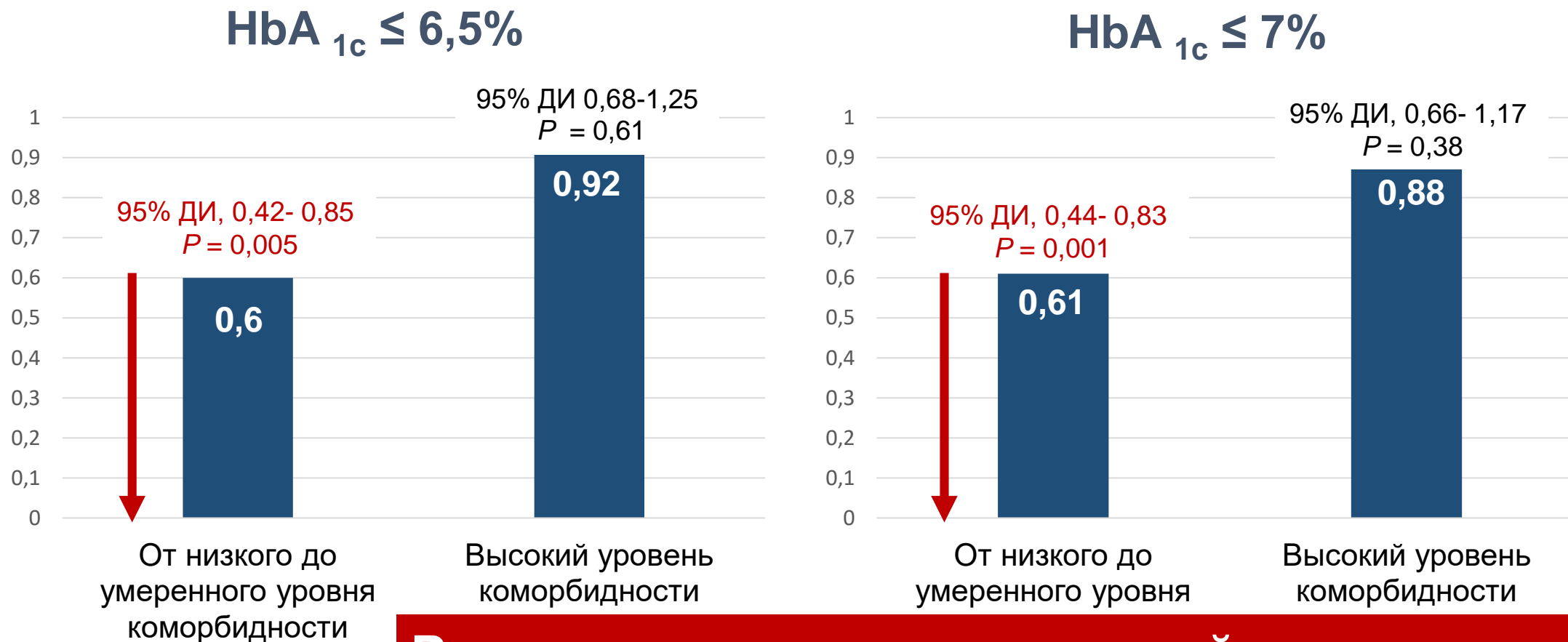
Полиморбидность: проблемы лечения пациентов

- Разрыв между **высокой распространенностью полиморбидности** и практически **отсутствием клинических исследований**, посвященных кластерам заболеваний
- Пожилые люди с **полиморбидностью** систематически **исключались из РКИ**
- Существующие **клинические рекомендации не подходят** для «управления» полиморбидностью

• Benfante A, Basile M, Battaglia S, Spatafora M, Scichilone N. Use of ICS/LABA (extra-fine and non-extra-fine) in elderly asthmatics. Ther Clin Risk Manag. 2016 Oct 14; 12: 1553-1562.

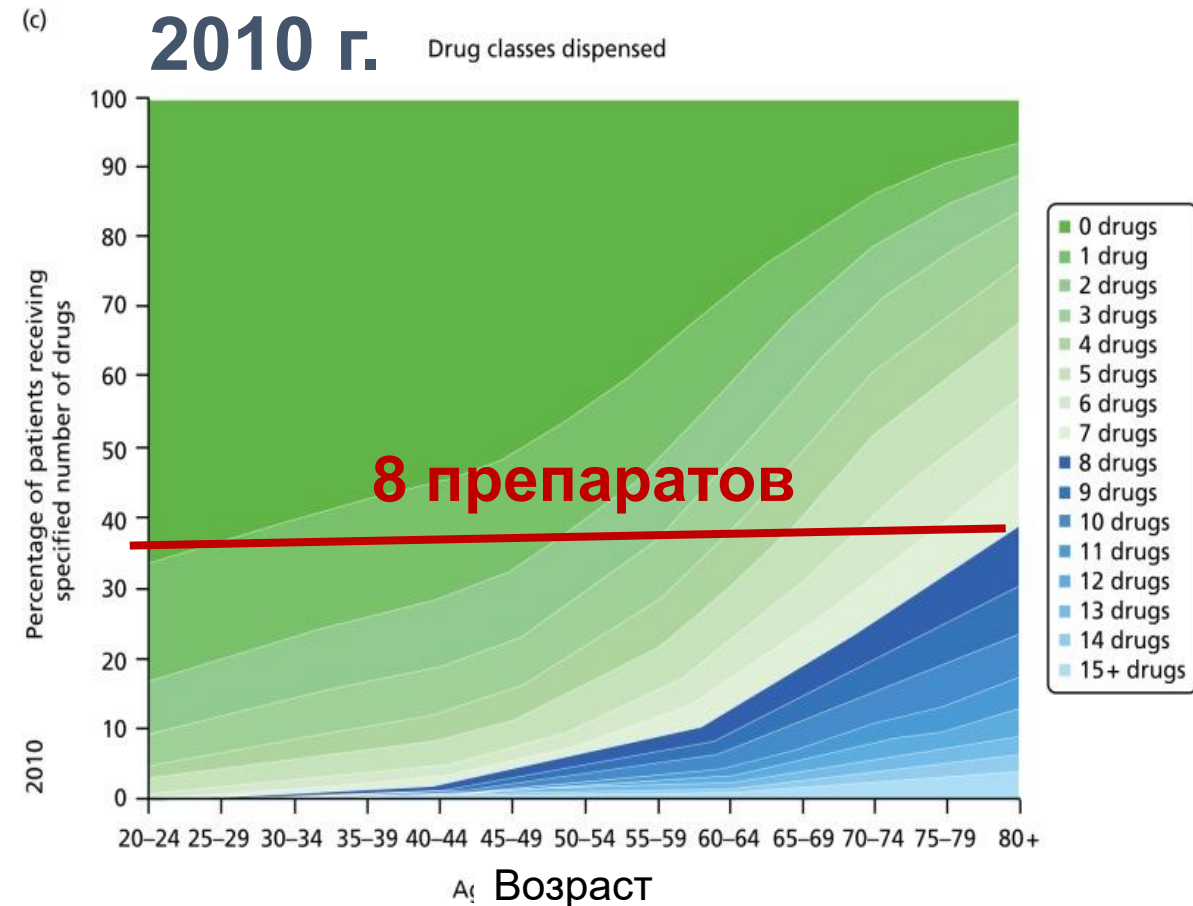
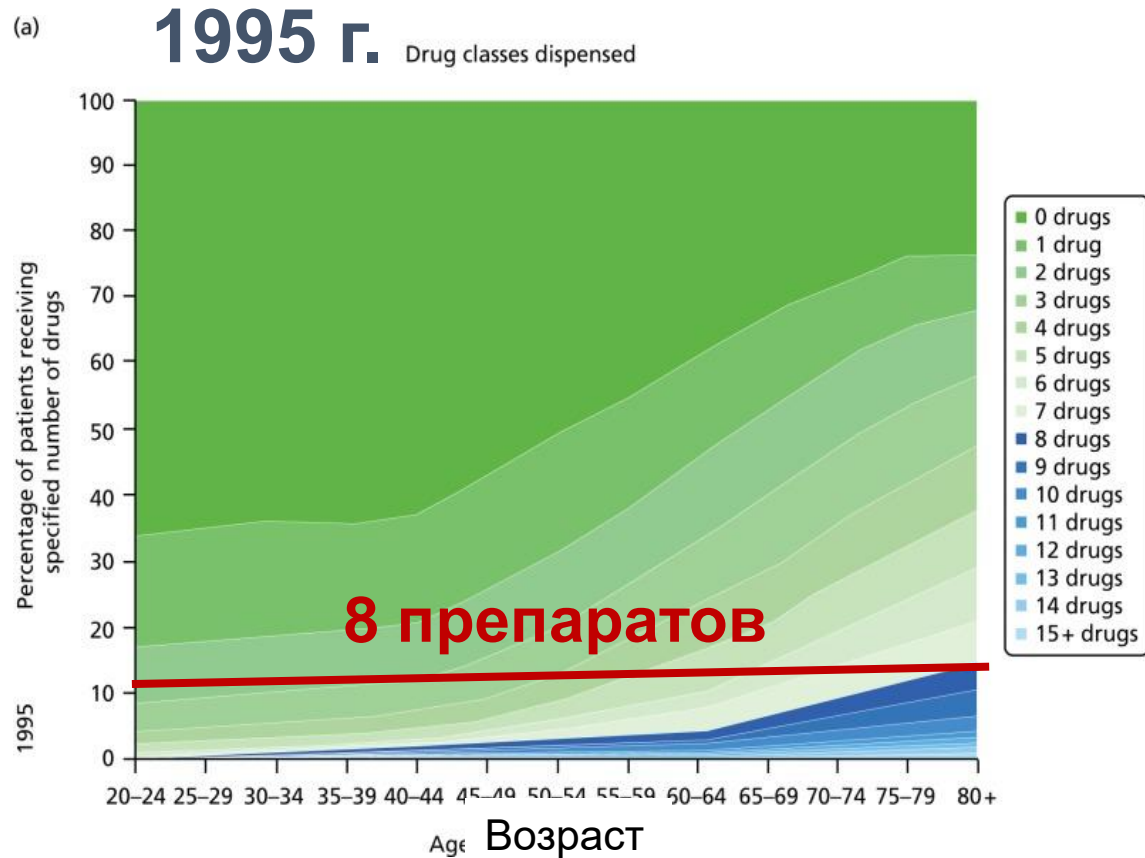
• Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the american geriatrics society: American geriatrics society expert panel on the care of older adults with multimorbidity. J Am Geriatr Soc. 2012; 60(10): 1957–68.

Влияние снижения HbA_{1c} на ОР 5-летней частоты сердечно-сосудистых событий в зависимости от уровня коморбидности

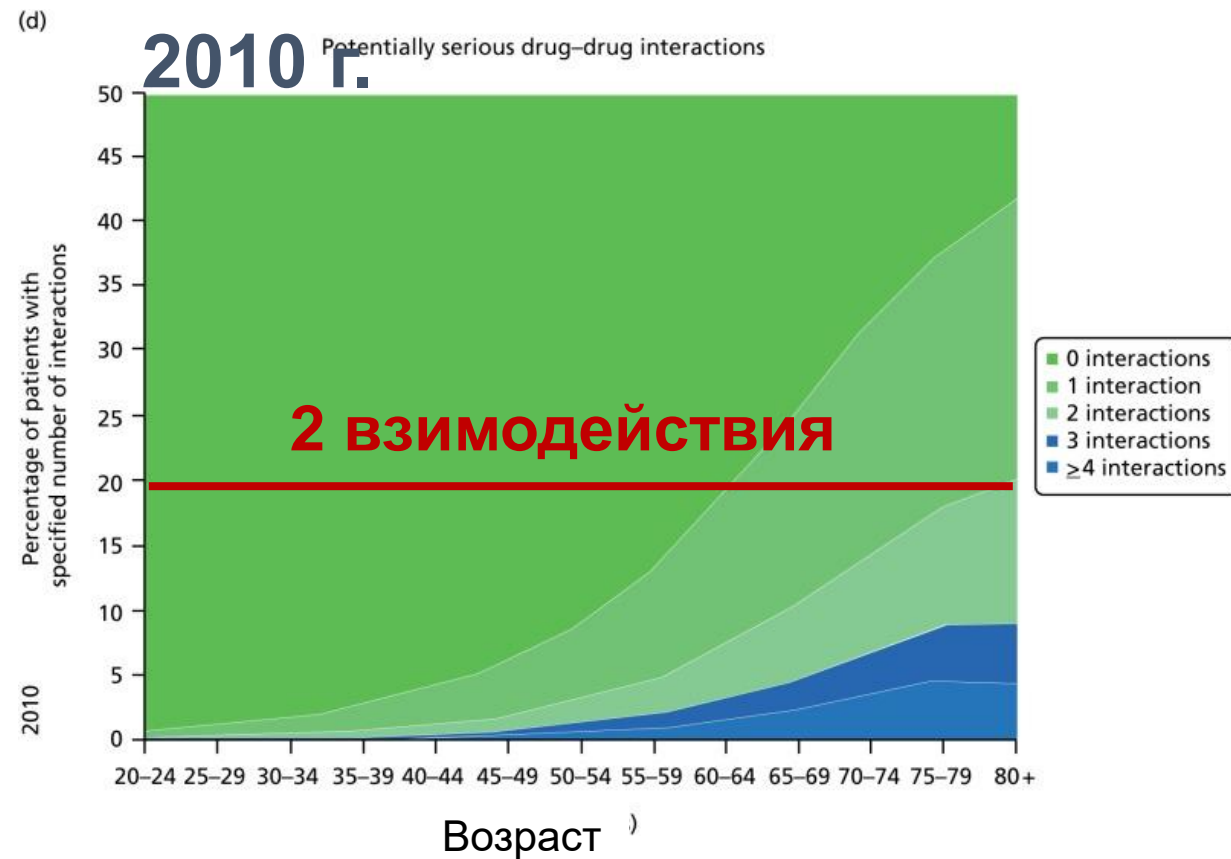
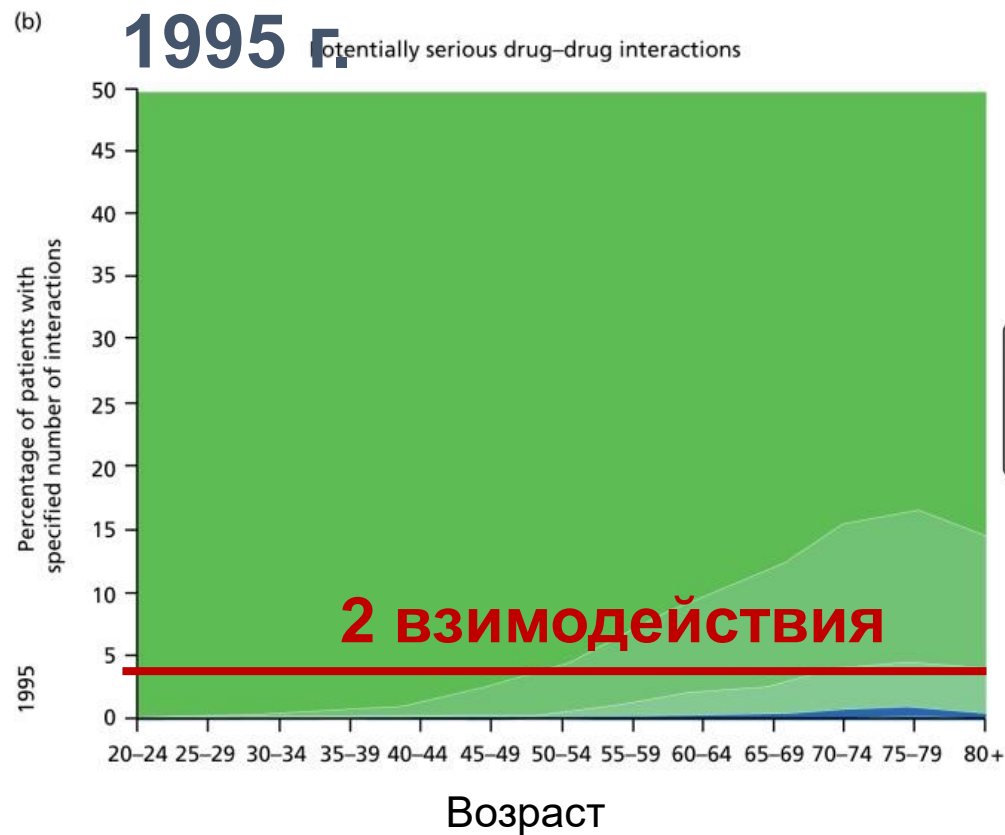


Резистентность к стандартной терапии

Динамика количества назначаемых ЛС: 1995 – 2010 гг.



Динамика количества зарегистрированных случаев лекарственного взаимодействия: 1995 – 2010 гг.



Проблемы полипрагмазии

- «**Каскад назначений**» - побочные эффекты ЛС принимаются за новое заболевание, что приведет к дополнительным назначениям
- «**Терапевтическая конкуренция**» - назначение ЛС для одного заболевания, наносит вред другому заболеванию

- Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: The prescribing cascade. BMJ. 1997; 315: 1096-1099.
- Lorgunpai SJ, Grammas M, Lee DS. Potential therapeutic competition in community-living older adults in the US: Use of medications that may adversely affect a coexisting condition. PLoS One. 2014; 9: e89447.
- Graham DJ (2006) COX-2 Inhibitors, Other NSAIDs, and cardiovascular risk: The seduction of common sense. JAMA 296: 1653–1656

Влияние препаратов сульфанилмочевины на СС смертность у больных СД 2 типа

Observational trials comparing any sulfonylureas (monotherapy or combination) vs any non-sulfonylurea treatment, including insulin

Author(s), y	Sulfonylurea		Non-sulfonylurea		Odds Ratio (95% CI)
	Alive	Deaths	Alive	Deaths	
Evans et al, 2006	5308	373	2248	38	4.16 (2.971 5.83)
Johnson et al, 2005	2899	320	862	61	1.56 (1.17, 2.07)
Schramm et al, 2011	57,757	3942	42,513	827	3.51 (3.25, 3.79)
Schramm et al, 2011	5278	961	2737	169	2.95 (2.49, 3.49)
Sillars et al, 2010	396	137	503	81	2.15 (1.58, 2.91)
Random effects model					2.72 (1.95, 3.79)



2.72 (1.95, 3.79)

Клинические рекомендации для полиморбидных пациентов

- Первые Клинические рекомендации - в Великобритании в 1997 г.
- Сначала это касалось только внутрибольничной помощи
- Современные рекомендации учитывают и амбулаторный этап.

Решение проблемы полипрагмазии - списки потенциально неприемлемых лекарств для пожилых людей

- Распространенность **несоответствующего назначения ЛС - от 20 до 79%** в зависимости от изучаемой популяции или страны
- Несоответствующее назначение связано с резким **увеличением побочных эффектов ЛС, госпитализаций и смертей**

PRISCUS: Потенциально неадекватные лекарства для пожилых пациентов www.priscus.net

медикаментозное лечение

Фенобарбитал*

Основные проблемы

- успокоение
- парадоксальное возбуждение

Возможные альтернативы

- другие противосудорожные препараты:
- ламотриджин, вальпроевая кислота, левитирацетам, габапентин

Меры предосторожности

- клинический мониторинг неблагоприятных эффектов (тестирование устойчивости походки, координация, психопатология)
- мониторинг терапевтического лекарственного средства
- рекомендация по дозировке: начать с минимально возможной дозы

Потенциально неприемлемые лекарства для пожилых людей согласно списку EU (7) - PIM

Препарат	Основная причина	Регулировка дозы / особые соображения использования	Альтернатива
Противовоспалительные и противоревматические препараты, нестероидные (НПВП)			
Диклофенак	Очень высокий риск кровотечения, изъязвления или перфорации GI, которые могут быть фатальными; сердечно-сосудистые противопоказания	50 мг / сут; начать использовать низкую дозу; риск кровотечения может быть уменьшен в сочетании с ингибиторами протонного насоса (используйте <8 недель, низкая доза). E	Парацетамол; ибупрофен ($\leq 3 \times 400$ мг / сут или на период <1 нед) напроксен ($\leq 2 \times 250$ мг / сут или на период <1 нед)

«Положительные» списки препаратов для пожилых полиморбидных пациентов

- Список **START** – обязательные назначения при наиболее важных заболеваниях (2007г.)
- Является одним из методов систематического определения «пропущенных лекарств» в клинической практике
- <https://academic.oup.com/ageing/article/36/6/632/40548>

Список FORTA: Fit fOR The Aged

- Цель: повысить качество лечения при полифармации у пожилых людей
- 1-я версия - 2012 г.
- Разработан в соответствии с консенсусной процедурой Delphi
- Обновлен: FORTA-2015 21 экспертом из Германии и Австрии
- Польза подтверждена в РКИ, демонстрирующем значительное улучшение качества лечения и клинических конечных точек (VALFORTA)
- Подготовлен всеобъемлющий список EURO-FORTA

[Drugs Aging](#). 2018 Jan;35(1):61-71. doi: 10.1007/s40266-017-0514-2.

The EURO-FORTA (Fit fOR The Aged) List: International Consensus Validation of a Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People.

[Pazan F](#)¹, [Weiss C](#)², [Wehling M](#)³; [FORTA](#).

Классификатор лекарственных препаратов для пожилых пациентов по FORTA

Класс А (A-bsolutely)

обязательный (рекомендуемый) препарат, четкое преимущество при определении соотношения эффективность / безопасность является доказанных у пожилых пациентов при данном показании

Класс В (B-eneficial)

препараты с доказанной или очевидной эффективностью у пожилых людей, но имеющие некоторые ограничения при оценке эффективности или безопасности

Класс С (C-areful)

препараты с сомнительным профилем эффективности/ безопасности, их следует избегать или исключать из листа назначения при наличии слишком большого числа лекарств из-за отсутствия преимуществ или возможных побочных эффектов; рекомендовано рассмотреть/находить альтернативу

Класс D (D-on't)

препараты, назначения которых следует избегать у пожилых, в первую очередь исключать из листа назначений, рассмотреть/находить альтернативу

Классификатор лекарственных препаратов для пожилых пациентов по FORTA

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Препарат	код	Препарат	код
БРА	A	α-блокаторы	C
БКК длит.	A	моксонидин	C
ИАПФ	A	Клофелин	D
ББ кроме атенолола	B	Атенолол	D
Диуретики	B		

Полиморбидность: концепция «индивидуальный подход к пациенту» American Geriatrics Society 2012 г.

- **Основные принципы:**
- **Ключевая роль** ценностей и приоритетов **пациентов**
- Отношения между врачом и пациентом, обеспечивающие **совместное** принятие решений
- Координированный подход к **междисциплинарной** помощи

American Geriatrics Society: 5 задач для перехода к индивидуальному лечению пациента, 2012г.

1. Выявить и включить **предпочтения пациентов** в принятие медицинских решений
2. **Адекватное информирование** пациентов о ожидаемых преимуществах и вреде лечения
3. **Клиническая осуществимость** принятых решений
4. **Оптимизация** режимов лечения
5. **Корректная интерпретация результатов** клинических **исследований**, учитывающая что они **могут отличаться** у людей с полиморбидностью по сравнению с пациентами с 1 заболеванием

Оптимизация режимов лечения

- Полипрагмазия: **сокращение количества лекарств**, особенно препаратов высокого риска
- Систематический **пересмотр списка лекарств** для **устранения лекарств**, в которых люди больше не нуждаются
- Выбор препаратов с **минимальным лекарственным взаимодействием**

Принцип Ариадны в ведении полиморбидных пациентов, 2014г.



Нить Ариадны: наблюдение за лечением, 2014г.

- При **новом методе** лечения **исходно** должны быть проверены **возможные взаимодействия** лекарство-лекарство, лекарство-болезнь (терапевтическая конкуренция)
- **Сложные схемы** лечения должны вызвать **настороженность** врача из за риска **снижения приверженности**
- ЛС, которые в настоящее время принимаются, должны **регулярно пересматриваться**

- McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2012; 33: 1787–1847.
- Thomson LA, Winterstein AG, Sondergaard B, Haugbolle LS, Melander A. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. Annals Pharmacother. 2007; 41: 1411-1426.
- Duerden M, Avery T, Payne R: Polypharmacy and Medicines Optimisation. Making it Safe and Sound. The King's Fund; 2013. [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf]. Accessed September 5 th 2014.

NICE: «Multimorbidity: Assessment, Prioritisation and Management of Care for People with Commonly Occurring Multimorbidity» 2016г.

- Основной принцип: **персонализированная** оценка и разработка **индивидуального плана курации**, цель - улучшить качество жизни пациента, **уменьшив нагрузку лечением и незапланированную или несогласованную**

ПОМОЩЬ

NICE: Для проведения оптимизации - установить баланс между бременем болезней и лечения, 2016 г.



- **Бремя болезней:** как проблемы со здоровьем влияют на повседневную жизнь, на душевное здоровье, на благосостояние, на качество жизни
- **Бремя лечения:** как лечение влияет на повседневную жизнь, любой вред от ЛС, любые эффекты лечения в отношении психического здоровья

- Экспертная группа **Немецкого колледжа врачей общей практики и семейных врачей (DEGAM)** разработали процедуру **«снизу вверх»**, чтобы создать **всеобъемлющий алгоритм** для руководства первичной медико-санитарной помощью пациентам с **полиморбидностью**,
- **2017 г.**

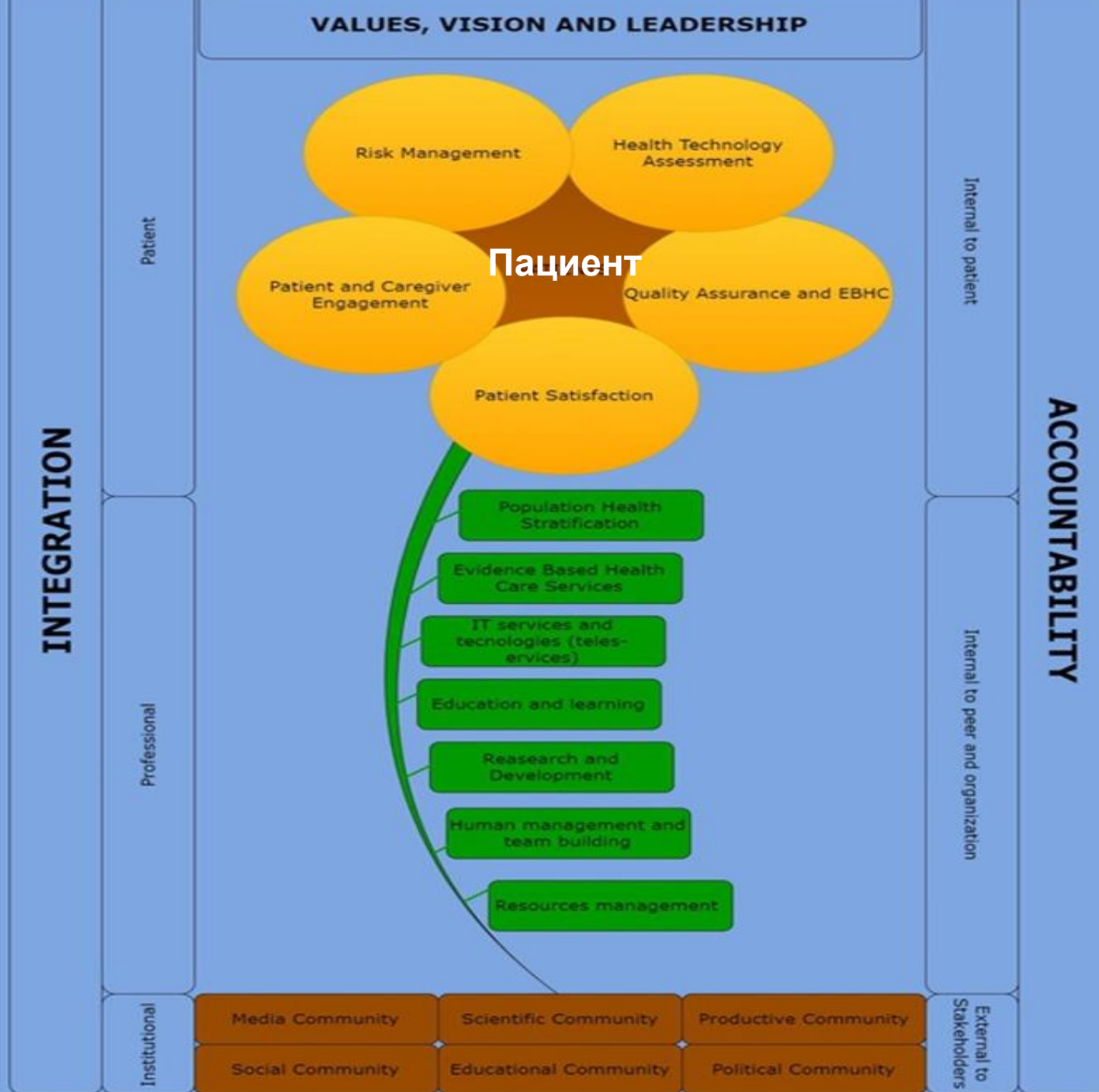
Алгоритм курации пациентов с полиморбидностью в общей практике



Схема организации комплексной помощи полиморбидным пациентам в Великобритании, 2018

Лепестки - стратегии управления
 Стебель - используемые ресурсы
 Почва – медико-социальная среда общества

[BMJ Open](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020626). 2018 Jul 28;8(7):e020626. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020626.
Developing a new clinical governance framework for chronic diseases in primary care: an umbrella review.
[Buja A](#)¹, [Toffanin R](#)², [Claus M](#)³, [Ricciardi W](#)⁴, [Damiani G](#)⁴, [Baldo V](#)¹, [Ebell MH](#)⁵.



Один из новых принципов улучшения качества медицинской помощи полиморбидным больным в рекомендациях NICE, 2018

- Создание культуры, свободной от вины врача и поощряющей открытый анализ ошибок врача и сбоев в работе, является ключом к улучшению качества помощи и обучения в медицине

[BMJ Open](#). 2018 Jul 28;8(7):e020626. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020626.

Developing a new clinical governance framework for chronic diseases in primary care: an umbrella review.

[Buja A](#)¹, [Toffanin R](#)², [Claus M](#)³, [Ricciardi W](#)⁴, [Damiani G](#)⁴, [Baldo V](#)¹, [Ebell MH](#)⁵.

Заключение

- Полиморбидность представляет собой **фундаментальную проблему** для современной доказательной медицины.
- Одной из важнейших задач терапевтического сообщества является **ликвидация разрыва** между высоким уровнем **полиморбидности** реальных пациентов и **клиническими исследованиями**,
- Нужны **новые национальные клинические рекомендации**, на которые могли бы опираться практические врачи при лечении полиморбидных пациентов.

Заключение

- В современном мире идет процесс формирования **НОВОЙ модели медицинской помощи**, которая выходит за рамки традиционных подходов к лечению конкретных заболеваний
- Новая модель, ориентированная на пациента, включает в себя **большой вклад пациентов и сообщества в целом**
- Цель - **удовлетворение разносторонних потребностей полиморбидных пациентов**