

<https://doi.org/10.17116/profmed20182105115>

## Вызовы и перспективы профилактической медицины на уровне первичного звена

О.М. ДРАПКИНА<sup>1</sup>, И.В. САМОРОДСКАЯ<sup>1</sup>, В.Н. ЛАРИНА<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Увеличение продолжительности жизни сопровождается нарастанием числа лиц, страдающих несколькими хроническими заболеваниями, что ассоциируется с высоким риском смерти и затратами на оказание медицинской помощи.

Наиболее часто мультиморбидность определяют как сочетание двух или более хронических заболеваний у индивидуума, что способствует снижению функциональных способностей человека и качества жизни, нередко ухудшает прогноз и требует разработки новых подходов к ведению пациентов. Наличие нескольких хронических заболеваний может ускорить развитие так называемой хрупкости и наоборот. «Хрупкость» рассматривают как медицинский синдром или состояние, обусловленное несколькими причинами и факторами, характеризующееся снижением физической силы, выносливости и физиологических функций органов и систем, что повышает уязвимость человека и увеличивает риск смерти (состояние, которое не является непосредственным следствием старения). Современные клинические рекомендации по тактике ведения пациента с определенным заболеванием/состоянием, не могут считаться «золотым стандартом» ведения мультиморбидных/«хрупких» пациентов, что требует пересмотра парадигмы медицины как отрасли, направленной на профилактику и лечение конкретных случаев болезни в первичном звене здравоохранения с учетом индивидуальных особенностей пациента. В связи с этим ведущая роль в организации медицинских услуг мультиморбидному пациенту должна принадлежать врачу-терапевту, поскольку пациентоориентированный подход в наши дни рассматривается как ключевой элемент качества оказания медицинской помощи.

*Ключевые слова:* мультиморбидность, хрупкость, врач-терапевт, 4П-медицина, пациентоориентированный подход.

## Challenges and perspectives of preventive medicine in primary care

O.M. DRAPKINA<sup>1</sup>, I.V. SAMORODSKAYA<sup>1</sup>, V.N. LARINA<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>National Medical Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

An increase in life expectancy is accompanied by growth in the number of people who suffer from several chronic diseases, which is associated with a high risk of death and the cost of medical care.

Multimorbidity is most commonly defined as the concurrence of two or more chronic diseases in an individual, which reduces human functional abilities and quality of life, often worsens prognosis, and requires elaboration of novel approaches to managing patients. The presence of several chronic diseases can accelerate the development of so-called frailty and vice versa. Frailty is considered to be a medical syndrome or condition due to several causes and factors, which is characterized by a decline in physical strength, endurance, and physiological functions of organs and systems, which enhances human vulnerability and increases the risk of death (a condition that is not a direct consequence of aging). Current clinical guidelines for the management of a patient with a certain disease/condition cannot be considered as the gold standard for the management of multimorbid/frail patients, which requires a revision of the paradigm of medicine as a branch aimed at preventing and treating specific cases of disease in primary health care, taking into account the patient's individual characteristics. In this connection, a physician plays a leading role in the organization of medical services to a multimorbid patient, because a patient-centered approach is now considered as a key element of the quality of medical care.

*Keywords:* multimorbidity, frailty, physician, P4 medicine, patient-centered approach.

В связи с увеличением продолжительности жизни, успешным выведением пациентов из критических, жизнеугрожающих состояний возрастает доля лиц, нуждающихся в профилактике рецидивов и осложнений болезней в будущем, лечении новых заболеваний, комплексе медицинских, психологических, педагогических, социальных

мероприятий, направленных на улучшение качества жизни и снижение риска преждевременной смерти. Основная нагрузка по совершенствованию и организации такого вида помощи ложится на врача-терапевта и врача общей практики (семейный врач). Учитывая вышесказанное, целью данной статьи является обсуждение проблем и перспектив пациентоориентированной системы здравоохранения и роли в ней врача-терапевта.

© Коллектив авторов, 2018

### Мультиморбидность

Увеличение продолжительности жизни сопровождается увеличением числа лиц, страдающих несколькими хроническими заболеваниями. Ранее наличие нескольких хронических заболеваний рассматривалось как неотъемлемая часть процесса старения. Однако в последние годы накапливается все больше данных, свидетельствующих, что мультиморбидность чаще и раньше встречается у лиц с более низким социально-экономическим статусом. В то же время наличие нескольких хронических заболеваний у одного пациента ассоциируется с более высоким риском смерти и затратами на оказание (со стороны системы здравоохранения) и получение (со стороны пациента) медицинской помощи [1, 2].

Несмотря на актуальность проблемы, до сих пор не существует четкого разделения понятий «мультиморбидная патология» (multimorbidity), «сочетанная патология», «сопутствующая патология», «комбинированная патология», «полипатия», «коморбидность» (comorbidity), «полиморбидность» (polymorbidity), «сочетанные заболевания» (co-existing diseases). A. Ording и соавт. [3] на основании обзора результатов ряда крупных эпидемиологических исследований отмечают, что термины, используемые для описания «сочетанной» и «сопутствующей» патологии, зачастую четко не разделены, а некоторые авторы используют их как взаимозаменяемые.

Наиболее часто мультиморбидность определяется как сочетание двух или более хронических заболеваний у индивидуума, которые способствуют снижению функциональных способностей человека, качества жизни и увеличению ресурсных затрат на медицинскую помощь [4]. Согласно рекомендациям Национального института здоровья и медицинской помощи Великобритании 2016 г., понятие «мультиморбидность» включает [5]:

- физические и психические заболевания (например, сочетание сахарного диабета и шизофрении);
- состояния/заболевания, которые сопровождаются неспособностью к усвоению новой информации (когнитивные нарушения);
- комплекс симптомов, которые ведут к развитию «хрупкости» (frailty) или сопровождаются синдромом «хронической боли»;
- сенсорные нарушения, такие как потеря зрения или слуха;
- злоупотребление алкоголем или употребление наркотиков без медицинских показаний (или с превышением показаний).

Наряду с термином «мультиморбидность» используют такие понятия, как полиморбидность, коморбидность, полипатия.

**Полиморбидность** рассматривается как наличие нескольких заболеваний, связанных или несвязанных между собой генетически или патогенетически, у одного человека, что в большинстве случаев обусловлено изменениями жизнедеятельности организма в процессе старения.

**Полипатия** — болезненное состояние организма человека, обусловленное множеством патологических процессов (патофизиологических и патоморфологических), их проявлений, осложнений, последствий, которые можно квалифицировать как нозологические формы (единицы), синдромы, клинико-диагностические признаки и симптомы [6].

В клинической медицине существуют такие понятия, как «конкурирующие заболевания», «сочетанные заболе-

вания», «фоновые заболевания», «комбинированное основное заболевание».

**Коморбидность** — наличие двух или более заболеваний/синдромов у одного человека, связанных единым патогенетическим механизмом [7, 8].

Следует отметить, что в зарубежной литературе к коморбидной/мультиморбидной патологии часто относят то, что в отечественной практике традиционно считают осложнениями основного заболевания (например, сердечная недостаточность, почечная недостаточность). В части работ в качестве количественного критерия коморбидности/мультиморбидности используется не отдельный диагноз, а целая группа нозологических форм (например, хроническая болезнь почек, хроническая обструктивная болезнь легких, хронические формы ишемической болезни сердца) [9].

Таким образом, несмотря на тот факт, что в клинической практике врач очень часто лечит пациентов с несколькими хроническими заболеваниями, в мировой научной литературе нет определенности и единого подхода к выбору термина, описывающего наличие двух и более заболеваний или заболеваний и осложнений у одного пациента.

1. Нет данных о распространенности мультиморбидности. В исследованиях ее распространенность колеблется от 3 до 98% в зависимости от особенностей формирования выборки для исследования (в первую очередь, возраста), критериев оценки мультиморбидности и источников информации (база данных, скрининг и т.д.) [10—15].

2. Нет единой шкалы, позволяющей надежно оценить тяжесть состояния и прогноз при мультиморбидной патологии. В 2003 г. V. De Groot и соавт. [16] «насчитали» 13 методов балльной оценки мультиморбидности. В 2012 г. D. Sarfati [17] на основании анализа почти 3 тыс. публикаций, посвященных оценке коморбидности среди онкологических пациентов, выявил уже 21 различный подход. Все подходы, по мнению автора, характеризовались умеренной и высокой надежностью, часть из них оказалась ресурсоемкой с точки зрения сбора данных. В то же время D. Sarfati [17] отмечает, что не существует стандартного подхода к измерению множественной патологии, сильные и слабые стороны оценки наличия и тяжести варьируют в зависимости от исследуемого вопроса, изучаемой популяции и имеющихся доступных данных. Фактически к такому же выводу приходят M. Yurkovich и соавт. [18]: выбор соответствующего индекса должен учитывать тип доступных данных (регистр, административные базы данных, их содержание и структуру данных), исследуемую популяцию и конкретные цели оценки коморбидности.

3. В то же время совершенно очевидно, что взаимовлияние длительно существующих заболеваний изменяет классическую клиническую картину, характерную для определенных заболеваний, и формирует развитие «клинических масок» (респираторных, гематологических, нефрологических, неврологических), увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни, ограничивает возможности лечебно-диагностического процесса, нередко ухудшает прогноз жизни и требует разработки новых подходов к ведению пациентов [19].

### «Хрупкость»

Ранее «хрупкость» рассматривали как синдром *старческой астении* (frailty, хрупкость), результатом аккумуляции естественных возрастных процессов и накопления разных заболеваний [20, 21]. В то же время «хрупкость»

предлагается рассматривать как медицинский синдром или состояние, обусловленное несколькими причинами и факторами, характеризующимися снижением физической силы, выносливости и физиологических функций органов и систем, что повышает уязвимость человека и увеличивает риск смерти (состояние, которое не является непосредственным следствием старения) [22]. D. Vetrano и соавт. [22] высказывают предположение о том, что значительное накопление дисфункциональных изменений может не достигать порога критериев, необходимых для диагностики определенных заболеваний, при этом они лежат в областях, которые в настоящее время не считаются болезнями. С этой точки зрения, «хрупкость» может проявляться в виде дефицита множества биологических функций, но, как правило, не учитывается в диагнозе, клинических исследованиях и клинических рекомендациях.

«Хрупкость» может представлять собой прокси-показатель биологического здоровья человека и биологического процесса старения (который не является полным аналогом хронологического процесса старения). По данным M. Peters и соавт. [23], различия между хронологическим и биологическим возрастом, даже при казалось бы «нормальном» старении, могут быть весьма существенными — в исследовании эти различия составили 7,8 года. Таким образом, «хрупкость» чаще встречается в пожилом и старческом возрасте, но не является признаком старости.

Для оценки хрупкости, также как и для оценки мультиморбидности, разработано значительное количество шкал. В Великобритании для оценки риска неблагоприятных событий в первичном звене здравоохранения используется **электронный индекс «хрупкости»** (ЭИХ) [24], который представляет собой суммарную оценку **«совокупного дефицита»** (или количественная оценка «хрупкости»), измеряемого на основе:

- 1) клинических признаков болезни (например, головокружения, падения);
- 2) наличия заболеваний (артрит, артериальная гипертензия, сахарный диабет);
- 3) инвалидности (проблемы с передвижением, потеря слуха, зрения, потребность в уходе);
- 4) аномальных значений при проведении клинических и инструментальных исследований (анемия).

Электронный индекс рассчитывается автоматически при внесении врачом данных на пациента в систему и интерпретируется следующим образом:

- eFI 0—0,12 — люди, у которых нет или имеется несколько серьезных хронических болезней, имеющиеся заболевания/состояния обычно хорошо контролируются; не зависимы от посторонней помощи в повседневной жизни;
- eFI 0,13—0,24 (умеренная «хрупкость») — наличие заболеваний/состояний, при которых может требоваться

помощь в повседневной жизни (например, финансы, покупки, транспортировка);

- eFI 0,25—0,36 («хрупкость» средней тяжести) — больные имеют проблемы с мобильностью, функционированием на улице или нуждаются в помощи в быту (стирка и одевание);

- eFI более 0,36 (тяжелая «хрупкость») — лица, имеющие ряд хронических заболеваний и нуждающиеся в постороннем уходе; некоторые из этой группы могут быть, с медицинской точки зрения, стабильны, состояние других может быть нестабильным с высоким риском смерти в течение 6—12 мес.

Согласно рекомендациям NICE, возможно проведение **«экспресс-оценки хрупкости»** на уровне *первичной медико-санитарной помощи*. Предложено учитывать следующие параметры:

- **неформальная оценка скорости ходьбы** (например, оценка времени, затраченного пациентом для того, чтобы пройти до двери, или на преодоление какого-либо расстояния в помещении по сравнению с другими пациентами или здоровыми людьми);

- **формальная оценка скорости ходьбы** (преодоление 4 м требует более чем 5 с);

- **самооценка здоровья** («Как бы вы оценили свое здоровье по шкале от 0 до 10?») — показатель 6 или менее может указывать на «хрупкость»/слабость/немоощность.

«Хрупкость» и мультиморбидность являются взаимосвязанными процессами: наличие нескольких хронических заболеваний может ускорить развитие «хрупкости» и наоборот.

#### Шкалы оценки общего состояния пациента

Поскольку в реальной клинической практике врач имеет дело с пациентами с одним или несколькими заболеваниями, наличием или отсутствием «хрупкости», для оптимизации тактики ведения пациентов, с нашей точки зрения, в качестве рабочего инструмента при оценке функционального статуса целесообразно использовать шкалы функционального состояния пациента вне зависимости от наличия или отсутствия коморбидности/«хрупкости». Наиболее простой и приемлемой в общей практике является шкала оценки общего состояния пациента, предложенная экспертами ВОЗ [25], в 2009 г. (**см. таблицу**).

Именно эту шкалу можно использовать в тех случаях, когда речь идет об индивидуализации подходов ведения пациентов. S. Kersting и соавт. [26], например, предлагают при наличии 3—4 баллов по шкале WHO Performance status scale использовать не клинические рекомендации и стандартные схемы лечения хронического лейкоза, а составлять индивидуальный план с учетом качества жизни пациента, прогнозируемой продолжительности жизни, социально-экономических последствий лечения.

#### Шкала оценки общего состояния пациента (WHO Performance status)

Балл	Характеристика
1	Больной не способен выполнять тяжелую работу, но может выполнять легкую или сидячую работу (например, легкую домашнюю или канцелярскую работу)
2	Больной лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу. Более 50% времени бодрствования проводит активно в вертикальном положении
3	Больной ограниченно способен к самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50% времени бодрствования
4	Пациент совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели
5	Смерть

В США на базе Национального института стандартов и технологий на основании большого массива персонализированных данных была разработана клиническая модель классификации всего массива случаев лечения пациентов на клинические группы риска (КГР). Согласно этой модели, каждому человеку присваивается «код», который включает информацию о текущем клиническом статусе и анамнезе, демографических характеристиках, и на основании статистических данных строится прогноз о количестве и типе ресурсов здравоохранения, которые человек будет потреблять в будущем [27].

КГР включают девять категорий.

#### 1. Здоровье (клиническая группа риска-1 (КГР 1).

Отсутствие какого-либо хронического заболевания или значимых эпизодов острого заболевания.

#### 2. В анамнезе имеется тяжелое острое заболевание (КГР 2).

Наличие в течение последних 6 мес одного или нескольких случаев острого заболевания (к примеру, боль за грудиной — острый коронарный синдром) или серьезных вмешательств по поводу этих заболеваний при отсутствии в анамнезе хронических заболеваний.

#### 3. Одно легкое по тяжести (неосновное) хроническое заболевание (КГР 3).

Наличие одного хронического заболевания (мигрень, головная боль, потеря слуха, гиперлипидемия), не оказывающего неблагоприятного влияния на прогноз жизни.

#### 4. Хроническое заболевание, затрагивающее многие органы (КГР 4).

Наличие двух или более хронических заболеваний, не оказывающих неблагоприятного влияния на прогноз жизни.

#### 5. Наличие хронического заболевания (КГР 5).

Наличие одного выраженного (например, застойной сердечной недостаточности, сахарного диабета) или умеренного (например, астмы, эпилепсии) хронического заболевания.

#### 6. Значимое хроническое заболевание при мультиорганной патологии (КГР 6).

Наличие двух или более хронических заболеваний, одно из которых, по крайней мере, является доминирующим или умеренновыраженным хроническим заболеванием.

#### 7. Преобладание патологии в трех или более органах (КГР 7).

Наличие трех или более выраженных хронических заболеваний.

#### 8. Метастатические злокачественные новообразования (КГР 8).

9. Тяжелые состояния (КГР 9). Наличие хронических заболеваний или состояний, при которых постоянно необходимо оказание медицинской помощи (например, муковисцидоз, синдром приобретенного иммунодефицита, пересадка сердца и т.д.).

Такая классификация, несомненно, полезна для планирования потребности в ресурсах системы здравоохранения, компенсации затрат медицинским учреждениям, но вряд ли поможет в определении тактики ведения конкретного пациента.

#### Клинические рекомендации

С целью оптимизации тактики ведения пациентов последние 20—30 лет профессиональными сообществами врачей активно разрабатываются клинические рекомендации. В процессе подготовки современных клинических рекомендаций профессиональные сообщества врачей и специ-

алисты в области методологии, статистики, поиска и анализа рандомизированных клинических исследований (РКИ) тщательно систематизируют и анализируют полученные в исследованиях результаты, и, основываясь на доказательствах и/или консенсусе экспертных мнений (когда доказательств нет или их недостаточно), описывают «правила» лечебно-диагностического процесса при определенном заболевании. В то же время даже основанные на доказательствах рекомендации не могут считаться «золотым стандартом» выбора тактики ведения многих пациентов с мультиморбидностью или «хрупкостью» (или тем и другим одновременно). Причина в том, что рафинированные РКИ с очень жесткими критериями отбора не включают пациентов с множественной или тяжелой патологией, в то время как в реальной жизни таких пациентов — подавляющее большинство, а кроме того, и врач, и пациент сталкиваются с рядом социальных, финансовых и других проблем, которые не рассматриваются в РКИ и большинстве рекомендаций.

Количество многоцентровых клинических исследований с участием мультиморбидных пациентов на сегодняшний день ограничено. Именно поэтому во многих клинических рекомендациях сегодня делается акцент не только на доказательствах, полученных в РКИ, но и на необходимости индивидуального подхода к ведению пациента, мультидисциплинарной экспертной оценке состояния. Так, в рекомендациях NICE [5] по тактике ведения пациентов с мультиморбидностью, указывается на необходимость взвесить риск и преимущества методов диагностики и лечения при назначении исследований и методов лечения отдельных заболеваний/состояний с учетом индивидуальной клинической ситуации. При этом обязательно следует информировать пациента о возможных последствиях лечения. Согласно рекомендациям ANMCO/SIC/SIC1-GISE/SICCH, при решении вопроса о кардиохирургическом лечении в дополнение к стратификации риска с использованием обычных шкал и методов оценки необходимо учитывать наличие мультиморбидности, «хрупкости», когнитивных нарушений [28]. Основываясь на консенсусе мнений, в рекомендациях 2017 г. ESC/EACTS указывается, что операция не должна выполняться пациентам с тяжелыми коморбидными состояниями, если улучшение качества жизни или ее продолжительности после операции маловероятно, а сам выбор типа вмешательства должен быть основан на тщательной оценке индивидуальных особенностей пациента (баланс польза/риск) с учетом опыта клиники [29].

Таким образом, современные клинические рекомендации по тактике ведения пациента с определенным заболеванием/состоянием, не могут считаться «золотым стандартом» ведения мультиморбидных/«хрупких» пациентов, что требует пересмотра парадигмы медицины как отрасли, направленной на профилактику и лечение конкретных случаев болезни в первичном звене здравоохранения с учетом индивидуальных особенностей пациента.

#### 4П-медицина

В последнее время все большее распространение получает новая модель организации медицинской помощи — так называемая 4П-медицина, которая базируется на четырех основополагающих принципах: персонализация (безопасность персональных данных; прозрачность для всех участников процесса), предсказательность (возможность прогнозирования проблем), превентивность (устранение

проблем до их появления, защищенность от вредных воздействий — принцип «не навреди») и партисипативность (совместная работа врача и пациента, приверженность окружения пациента реализации стратегии лечения) [30].

Идеология 4П-медицины очень близка потребностям первичного звена здравоохранения, где концентрируются пациенты разного возраста с очень разнообразной соматической патологией, степенью тяжести этой патологии, сопутствующими заболеваниями, психологическими и социальными проблемами. Именно врач-терапевт первичного этапа здравоохранения может и должен стать организатором и интегратором медицинской помощи пациентам. Для реализации идеологии 4П-медицины важны сотрудничество и обучение врачей разных специальностей и работников социальной службы; вовлеченность пациентов в профилактику и лечение заболеваний, развитие научной базы, тесный контакт с IT-специалистами.

4П-медицина тесно взаимосвязана с другой идеологией — с так называемой минимально разрушительной медициной (MPM; *minimally disruptive medicine*), которая максимально безопасна для пациента и носит исключительно пациентоориентированный характер [31]. К 2017 г. это понятие стали широко использовать в научных публикациях, определяя как ориентированный на пациента подход, согласно которому приоритетна цель пациента в отношении его жизни и здоровья, с одновременным сведением к минимуму *разрушительного воздействия здравоохранения на жизнь пациентов* (лучшая координация деятельности всех служб помощи, минимизация бремени лечения для пациентов, их опекунов и системы здравоохранения) [32].

С. Мау и V. Montori выделяют четыре принципа MPM.

**1. Определение ресурсоемкости** (возможность лечения, возможность пациентов, материально-технические возможности, возможность системы здравоохранения).

**2. Тесное координированное сотрудничество (партнерство) в клинической практике** — акцент на ведущую роль врача первичного звена здравоохранения в ведении пациентов с мультиморбидностью. Огромное внимание должно уделяться мотивационным беседам — целенаправленному динамичному непрерывному процессу работы и способу общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против», становится очевидным преобладание негативных последствий и необходимость изменить поведение, отношение к болезни, к здоровью.

**3. Учет наличия коморбидности (мультиморбидности) с точки зрения медицины доказательств** — необходимо расширять знания об этой проблеме и добиваться рассмотрения этой проблемы с точки зрения медицины доказательств, так как в большинстве РКИ пациенты с коморбидностью не включаются. Улучшение координации оказания медицинской помощи зависит от улучшения наших знаний, уровня образования врачей, вовлечения в процесс весомых доказательств, принципов клинической практики в рекомендации и руководства для отработки принципов ведения пациентов с мультиморбидностью (сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких).

**4. Приоритетное значение в принятии решений о тактике ведения имеет мнение пациента.** Вовлеченность пациента в процесс принятия любых решений относительно обследования, лечения, реабилитации и других аспектов должно стать приоритетным направлением на современном этапе.

### Приоритетное значение мнения пациента в выработке дальнейшей тактики его ведения

Следует отметить, что четыре принципа MPM не новы. Достижения последних лет свидетельствуют о том, что при выборе плана лечения любого пациента важно учитывать его ценности и приоритеты, которые включают сохранение независимости, продолжение трудовой и/или общественной деятельности, участие в семейной жизни. Рассуждая о значимости мнения пациента в решении вопроса о кардиохирургическом лечении, M. Kavarana и R. Sade [33] отмечают, что информированное согласие на лечение — это не листок бумаги с подписью, не одно событие, а непрерывный процесс, в ходе которого постоянно переоценивают ситуацию/состояние больного в процессе лечения. Окончательное решение принимают не кардиоторакальные хирурги — это делают пациенты под руководством хирургов.

Таким образом, обсуждение тактики ведения пациента требует сегодня обсуждения с пациентом не только «**бремени болезней**» (как болезни/проблемы со здоровьем влияют на качество повседневной жизни и благосостояние), но и «**бремени лечения**» (как альтернативные виды лечения [АВЛ] будут влиять на повседневную жизнь пациента с учетом географической и финансовой доступности, возможной пользы и рисков, наличие любых побочных эффектов при АВЛ; наименования и режимы приема лекарственных препаратов, меры контроля за состоянием при АВЛ). Целесообразно обсуждать необходимость/возможность/целесообразность участия в принятии решений по вопросам проведения диагностических исследований, методов лечения болезней членов семьи и/или других лиц. При ожидаемой небольшой продолжительности жизни или «хрупкости», вероятно, имеет смысл обсуждать с пациентом такие вопросы, как необходимость/возможность прекращения приема лекарственных препаратов, которые оказывают пользу лишь в долгосрочной перспективе, не влияя на прогноз или качество жизни в ближайшее время, применения нефармакологических методов лечения как возможной альтернативы некоторым препаратам (если пациент не уверен в пользе или испытывает нежелательные эффекты от лечения).

После обсуждения ценностей и приоритетов пациента целесообразно разработать и согласовать с ним индивидуальный план ведения, который может включать назначение новых методов лечения, прекращение немедикаментозного лечения и приема отдельных препаратов или их замену на другие препараты. При этом пациент должен быть проинформирован об ожидаемых изменениях в состоянии здоровья на фоне коррекции терапии.

### Заключение

Данные литературы и реальной клинической практики свидетельствуют об отсутствии на сегодняшний день единого определения терминов «мультиморбидность» («коморбидность», «полиморбидность») и «хрупкость», отсутствуют единые критерии оценки тяжести этих состояний. В то же время в мире нарастает тенденция к росту распространенности множественной патологии органов и систем во всех возрастных подгруппах, что требует выработки комплексного междисциплинарного подхода к такой категории пациентов с учетом всех имеющихся возможностей, включая шкалы для оценки функционального статуса пациентов и выбора тактики ведения.

В наши дни огромное внимание уделяется повышению значимости **первичного звена здравоохранения** в оказании квалифицированной медицинской помощи населению. В связи с этим ведущая роль в организации медицинских услуг мультиморбидному пациенту принадлежит **врачу-терапевту и врачу общей практики**. Начиная со студенческой скамьи необходимо выработать в будущих врачах деликатное и дружелюбное отношение к пациенту, способность помочь пациенту осознать ответственность за свое здоровье, уметь привлечь его к сотрудничеству с медицинскими ра-

ботниками, поскольку пациентоориентированный подход в наши дни рассматривается как ключевой элемент качества оказания медицинской помощи.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

**Участие авторов:**

Концепция и дизайн, сбор и обработка материала — О.Д., И.С., В.Л.

Написание текста — И.С., В.Л.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Palomo L, Rubio C, Gervas J. The comorbidity in primary care. *Gac Sanit*. 2006;20(Suppl 1):182-191.
- Glynn LG, Valderas JM, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, Murphy AW. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*. 2011;28(5):516-523. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm013>
- Ording A, Sorensen H. Concepts of comorbidities, multiple morbidities, complications, and their clinical epidemiologic analogs. *Clin Epidemiol*. 2013;5:199-203. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S45305>
- Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith S. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015;350:h176. <https://doi.org/10.1136/bmj.h176>
- National Guideline Centre. Multimorbidity: clinical assessment and management. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence. *NICE*. 2016;23. (NICE guideline; no. 56).
- Shamurova YuYu, Kalev OF, Tyukov YuA. Polypathia in male patients: scale of problem. *Problemy Sotsial'noy Gigieny. Zdravookhraneniya i Istorii Meditsiny*. 2008;3:25-27. (In Russ.].)
- Kraemer HC. Statistical issues in assessing comorbidity. *Stat Med*. 1995;14:721-723.
- Van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature. *Eur J Gen Pract*. 1996;2:65-67.
- Pefoyo A, Bronskill S, Gruneir A, Galzavara A, Thavorn K, Petrosyan Y, Maxwell C, Bai Y, Wodchis W. The Increasing Burden and Complexity of Multimorbidity. *BMC Public Health*. 2015;15:415. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1733-2>
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005;3(3):223-228. <https://doi.org/10.1370/afm.272>
- Fortin M, Dubois MF, Hudon C, Soubhi H, Almirall J. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:52. <https://doi.org/10.1477-7525-5-52>
- Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker M, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:111. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-111>
- Glynn LG, Valderas JM, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, Murphy A. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*. 2011;28(5):516-523. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm013>
- Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract*. 2008;14(Suppl 1):28-32. <https://doi.org/10.1093/eurjgen/14.1.28>
- Wolff J, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269-2276. <https://doi.org/10.1093/ajph/2008.03.003>
- De Groot V, Beckerman H, Lankhorst G, Bouter L. How to measure comorbidity. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(3):221-229.
- Sarfati D. Review of methods used to measure comorbidity in cancer populations: no gold standard exists. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(9):924-933. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.02.017>
- Yurkovich M, Avina-Zubieta JA, Thomas J, Gorenchtein M, Lacailla D. A systematic review identifies valid comorbidity indices derived from administrative health data. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(1):3-14. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.09.010>
- van Oostrom S, Picavet HS, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, van Dijk CE, Verheij RA, Schellevis FG, Baan CA. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population — data from general practices. *BMC Public Health*. 2012;30:12:715. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-715>
- Beard J, Officer A, de Carvalho I, Sadana R, Pot A, Michel J, Lloyd-Sherlock P, Epping-Jordan J, Peeters G, Mahanani W, Thiyagarajan J, Chatterji S. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387:2145-2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Santos-Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64A(6):675-681. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp012>
- Vetrano D, Calderón-Larrañaga A, Marengoni A, et al. An international perspective on chronic multimorbidity: approaching the elephant in the room. *The Journals of Gerontology: series A*, glx178. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx178>
- Peters M, Joehanes R, Pilling L, et al. The transcriptional landscape of age in human peripheral blood. *Nature Communications*. 2015;6:8570. <https://doi.org/10.1038/ncomms9570>
- Lansbury L, Roberts H, Clift E, Herklots A, Robinson N, Sayer A. Use of the electronic Frailty Index to identify vulnerable patients: a pilot study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2017;67(664):e751-e756. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693089>
- WHO performance status scale. In: dictionary of pharmaceutical medicine. Springer, Vienna. 2009;194. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-211-89836-9\\_1473](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-211-89836-9_1473)
- Kersting S, Neppelenbroek S, Visser H, et al. Clinical practice guidelines for diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia in the Netherland. *Clin. Lymphoma Myeloma Leuk*. 2018;181:52-57. <https://doi.org/10.1016/j.clml.2017.09.015>
- Averill R, Goldfield N, Eisenhandler J, Muldoon J, Hughes J, Neff J, Gay J, Gregg L, Gannon D, Shafir B, Bagadia F, Steinbeck B. Development and evaluation of clinical risk groups. Final report to the National Institutes of standards and technology. US Dep Commerce. [https://solutions.3m.com/3MContentRetrievalAPI/BlobServlet?lmd=1225920653000&assetId=%201180606514454&assetType=MMM\\_Image&blobAttribute=ImageFile](https://solutions.3m.com/3MContentRetrievalAPI/BlobServlet?lmd=1225920653000&assetId=%201180606514454&assetType=MMM_Image&blobAttribute=ImageFile)
- ANMCO/SIC/SICI-GISE/SICCH Consensus document: risk stratification in elderly patients undergoing cardiac surgery and TAVI. *Eur Heart J Suppl*. 2017. 19 (Suppl D):D354-D369. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux012>
- 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx391>
- Шишкин С.В., Боярский С.Г., Власов В.В., Засимова Л.С., Колосницына М.Г., Кузнецов П.П. *Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени*. М.: ВШЭ; 2018. [Shishkin SV, Boyarsky SG, Vlasov VV, Zsimova LS, Kolosnitsyna MG, Kuznetsov PP. *Zdravookhraneniye: necessary answers to time calls*. М.: HSE; 2018. (In Russ.)].
- May C, Montori V, Mair F. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;11:339:b2803. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2803>
- Serrano V, Spencer-Bonilla G, Boehmer KR, Montori VM. Minimally disruptive medicine for patients with diabetes. *Curr Diab Rep*. 2017;17(11):104. <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0935-7>
- Kavarana MN, Sade RM. Ethical issues in cardiac surgery. *Future Cardiol*. 2012; 8(3):451-465. <https://doi.org/10.2217/fca.11.91>

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:**

**Драпкина Оксана Михайловна** — д.м.н., проф., член-корр. РАН [Oksana M. Drapkina, MD, PhD, Professor, corresponding member of Russian Academy of Science; адрес: 101990; Россия, Москва, Петроверигский переулок, д. 10, стр. 3 [address: 10/3, Petroverigskiy per. 101990 Russia];

<https://orcid.org/0000-0001-6581-4521>; eLibrary SPIN: 4456-1297; e-mail: drapkina@bk.ru

**Самородская Ирина Владимировна** — д.м.н., проф. [Irina V. Samorodskaya, MD, PhD, Professor]; <https://orcid.org/0000-0001-9320-1503>; eLibrary SPIN:6470-5709; e-mail: samor2000@yandex.ru

\***Ларина Вера Николаевна** — д.м.н., проф. [Vera N. Larina, MD, PhD, Professor]; адрес: 117997; Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1 [address: 1, Ostrovityanova, 117997 Russia]; <https://orcid.org/0000-0001-7825-5597>; eLibrary SPIN: 3674-9620; e-mail: larinav@mail.ru

**ИНФОРМАЦИЯ**

Рукопись получена: 17.04.18. Принята к публикации: 14.05.18.

**КАК ЦИТИРОВАТЬ:**

Драпкина О.М., Самородская И.В., Ларина В.Н. Вызовы и перспективы профилактической медицины на уровне первичного звена. *Профилактическая медицина*. 2018;21(5):15-21.

<https://doi.org/10.17116/profmed20182105115>

**TO CITE THIS ARTICLE:**

Drapkina OM, Samorodskaya IV, Larina VN. Challenges and perspectives of preventive medicine in primary care. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2018;21(5):15-21. (In Russ.).

<https://doi.org/10.17116/profmed20182105115>