

Беляева Ю.Н., Карпов Ю.В.

Подходы к тактике ведения пациентов с коморбидными состояниями

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель: д.м.н. Шеметова Г.Н.

Резюме

В настоящее время в условиях демографического старения населения отмечается рост числа заболеваний у одного пациента. Практикующие врачи чаще сталкиваются с проблемами развития коморбидности и сочетанной патологии. Предложенные авторами подходы к тактике ведения пациентов с коморбидными состояниями позволят повысить эффективность лечения, предупредить нежелательные медико-социальные последствия. Описанный алгоритм ведения коморбидного пациента удобен в использовании в амбулаторно-поликлинической практике.

Ключевые слова: коморбидность, сочетанная патология, алгоритм ведения пациентов, тактика ведения мультиморбидных пациентов

В настоящее время в условиях демографического старения населения отмечается рост числа заболеваний у одного пациента. При этом эксперты ВОЗ прогнозируют увеличение к 2050 году числа людей, достигших 80-летнего возраста, с нынешних 125 миллионов до 434 миллионов человек [6]. Старение населения влечет за собой огромные медико-социальные последствия, порождает множество проблем и ставит новые задачи перед здравоохранением [1,2,8]. В последние годы практикующим врачам всё чаще приходится сталкиваться с проблемами развития коморбидности, решать вопросы выбора рациональной тактики ведения пациентов с сочетанной патологией [3,4,5]. Вместе с тем, до сих пор не отработаны алгоритмы ведения таких пациентов, становится все более актуальным создание подобных алгоритмов.

Наш опыт работы с пациентами с сочетанной патологией даёт возможность предложить тактические подходы к ведению коморбидных пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе, позволяющие предупредить развитие осложненных форм болезней, минимизировать явления нежелательного лекарственного взаимодействия, оптимизировать ресурсные затраты как на амбулаторно-поликлиническом, так и на стационарном этапах наблюдения за пациентом.

Представляется целесообразным выделять следующие этапы ведения коморбидного пациента врачом общей практики (участковым терапевтом):

I этап - тщательный сбор жалоб и анамнеза по всем заболеваниям; учет и оценка факторов риска; оценка стадии эволюции коморбидности;

II этап – вычленение при формулировке диагноза основного заболевания, сопутствующих заболеваний и ассоциированных с ними состояний; проведение консультаций или совместных осмотров с врачами специалистами (кардиолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, уролог, эндокринолог, хирург и другими по показаниям);

III этап – выявление вызванных заболеваниями изменений в системах и органах, для чего необходимо проведение диагностических мероприятий (если они не были проведены ранее – на предыдущих этапах);

IV этап – качественное и количественное определение индивидуального суммарного риска (Фремингемская шкала, европейская шкала SCORE, CHADS2, Шкала одышки, САТТест оценки ХОБЛ, шкала GerdQ, Ватерлоу и другие общепринятые тесты и шкалы по заболеваниям);

V этап – разработка (выбор) тактики лечения. На этом этапе перед врачом стоят следующие задачи:

- 1) интегральное уменьшение выраженности всех симптомов и синдромов, сопутствующих имеющимся заболеваниям путем подбора терапии с исключением полипрагмазии;
- 2) снижение суммарного риска заболеваний;
- 3) повышение качества жизни пациентов.

VI этап – диспансерное наблюдение пациента врачом терапевтом – участковым, врачом общей практики или врачом – специалистом, предупреждение прогрессирования имеющейся патологии, реализация программ вторичной профилактики и медицинской реабилитации [7].

Для иллюстрации данных подходов к тактике ведения мультиморбидных пациентов приведем в качестве примера пациента К., имеющего транснозологическую форму коморбидности (с наличием пяти нозологических форм заболеваний). Пациент К., 77 лет (1935 года рождения), доставлен в клинику машиной скорой помощи 02.10.2013 г. по экстренным показаниям с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром.

Из анамнеза известно, что пациент длительно (более 30 лет) страдал ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения III ф.к., артериальной гипертензией. В течение более 20 лет – хроническая обструктивная болезнь легких, язвенная болезнь желудка, подагра, мочекаменная болезнь, остеоартроз. В течение последних 5 лет к общему списку заболеваний присоединился сахарный диабет 2 типа.

В истории болезни отмечен дефект ведения пациента: редкое посещение пациентом поликлиники (последний осмотр терапевта 19.04.01г.), склонность к самолечению, приему биологически активных добавок.

При ведении данного пациента врачом был применен следующий алгоритм действий:

На I этапе - собраны жалобы и анамнез по всем заболеваниям; составлена хронология болезни (Рисунок 1); эволюция коморбидности [3] оценена как период полиорганных нарушений (клинической прогрессии);



Рисунок 1. Случай транснозологической коморбидности пациента К.: хронология болезни

II - III этапы – клинико-инструментальное обследование было проведено в полном объеме в соответствии с медико-экономическими стандартами. Окончательно сформулирован диагноз:

Основное заболевание: Ишемическая болезнь сердца. Острый трансмуральный переднебоковой инфаркт миокарда от 02.10.14.

Фон: Атеросклероз коронарных и церебральных артерий, аорты. Гипертоническая болезнь III стадии с поражением сердца и головного мозга. Гипертрофия левого желудочка. Хроническая ишемическая болезнь мозга. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, стадия субкомпенсации. Ожирение II ст.

Сопутствующие заболевания: ХОБЛ среднетяжелое течение (II ст.), течение стабильное с редкими обострениями, ДН1. Подагра, хронический подагрический артрит (двусторонний гонартрит, артрит мелких суставов стоп), мочекаменная болезнь (камни обеих почек).

IV этап - суммарный риск оценен как очень высокий;

В ходе V этапа врачом определена тактика и стратегия лечения:

- проведена врачебная комиссия, определен план стационарного лечения с учетом всех заболеваний;
- подобрана адекватная терапия на амбулаторный период с учетом взаимодействия лекарственных средств и исключением полипрагмазии, направленная на уменьшение выраженности всех симптомов и синдромов, снижение суммарного риска заболеваний; медикаментозные назначения согласованы с врачом – клиническим фармакологом;
- даны рекомендации по рациональному питанию, физическим нагрузкам, режиму дня;
- пациент обучен правилам самоконтроля АД и ЧСС, приему лекарственных средств через небулайзер;

На VII амбулаторно-поликлиническом этапе пациент продолжил получение лечебно-реабилитационных мероприятий, взят на диспансерное наблюдение терапевтом совместно с кардиологом, эндокринологом.

Через 6 месяцев после стационарного лечения (в 2014 году) проведено восстановительное санаторно-курортное лечение и реабилитация в санатории «Октябрьское ущелье» (г.Саратов).

Через 1,5 года (в 2015 г) пациент получил восстановительное лечение в Центре реабилитации ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн».

Таким образом, оказание медицинской помощи пациентам с коморбидной патологией требует от врача особого внимания, определенной тактики и стратегии. Предложенные выше разработанные нами подходы позволяют предупредить нежелательные медико-социальные последствия, возникающие при сочетанной патологии. Для повышения эффективности лечения рекомендуется использовать предлагаемый алгоритм ведения коморбидного пациента.

Литература

1. Белялов Ф.И. Проблема коморбидности при заболеваниях внутренних органов // Вестник современной клинической медицины . 2010. №2. С.44-47.
2. Верткин А. Л., Румянцев М. А., Скотников А. С. Коморбидность // Клиническая медицина. 2012, № 10, с. 4–11.
3. Губанова Г.В., Беляева Ю.Н., Шеметова Г.Н. Коморбидный пациент: этапы формирования, факторы риска и тактика ведения // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.
4. Губанова Г.В., Беляева Ю.Н., Шеметова Г.Н., Рябошапка А.И. Профилактика и лечение коморбидности в амбулаторно-поликлинических условиях // Информационно-методическое письмо. Саратов, издательство СГМУ.-2015.-24с.
5. Красникова Н.В., Шеметова Г.Н. Коморбидная патология у женщин в климактерическом периоде // Проблемы женского здоровья.-2013.- Т.8,№ 2-С.-31-35

6. Статистическая служба Европейского союза (Евростат), доклад «О старении населения в Европе», Всемирная организация здравоохранения, 01.10.2015.
7. Шеметова Г.Н., Рябошапка А.И., Губанова Г.В., Красникова Н.В., Беляева Ю.Н. Профилактическая работа терапевта: формирование компетенций // Фундаментальные исследования-2014.-№ 7-С.166-169.
8. Salisbury C., Johnson L., Purdy S., Valderas J.M., Montgomery A.A. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study//The British Journal of General Practice. 2011 Jan; 61(582): e12-21.