

4
2023

СПРАВОЧНИК ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ТЕМА НОМЕРА:
ГЕРИАТРИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕГОДНЯ
СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ
В ГЕРИАТРИИ

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**
ПОЛИМОРБИДНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРИВЫЧНЫХ
ПЕРЕЛОМОВ В ГЕРИАТРИИ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ
ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ



«СПРАВОЧНИК ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»

Научно-практический журнал

4 (225) 2023

ISSN 2074-9600

Входит в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук, в редакции от 2015 г. Зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охраны культурного наследия. Свидетельство о регистрации ПИ № 77-18241 от 30.08.2004

Генеральный директор ИД «Панорама» – Председатель Некоммерческого фонда содействия развитию национальной культуры и искусства **К.А. Москаленко**

Учредитель:
Некоммерческое партнерство
Издательский Дом «Просвещение»
117042, Москва, ул. Южнобутовская, 45
Издается под эгидой
Ассоциации врачей общей практики
(семейных врачей) России

Журнал распространяется через подписку.
Оформить подписку с любого месяца можно:

1. На нашем сайте panor.ru
2. Через нашу редакцию по тел. 8 (495) 274-2222 (многоканальный) или по заявке в произвольной форме на адрес: podpiska@panor.ru
3. По официальному каталогу Почты России «Подписные издания» (индекс — П7148)
4. По «Каталогу периодических изданий. Газеты и журналы» агентства «Урал-пресс» (индекс на полугодие — 46312).

Адрес редакции:
Москва, Бумажный проезд, д. 14, стр. 2
Почтовый адрес: 125040, Москва, а/я 1,
ИД «Панорама», журнал «СВОП»

**Главный редактор
издательства «Медиздат» ИД «Панорама»**
Голикова Наталья Сергеевна, канд. мед. наук
E-mail: medizdat@panor.ru
Контакты редакции: <http://svop.panor.ru>

Главный редактор
Климов Владимир Анатольевич,
канд. мед. наук
Верстальщик
Королькова О.
Корректор
Кушнаренко Н.

Отдел рекламы: тел. 8 (495) 274-22-22
E-mail: reklama@panor.ru

ООО «Типография "Принт Формула"», 117437,
Москва, ул. Профсоюзная, д. 104

Установочный тираж 5000 экз.

Цена свободная

Подписано в печать 26.03.2023

Информационный партнер:

УВЕРЕННОСТЬ В КАЖДОМ РЕШЕНИИ.



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
Материалы публикуются
на безгонорарной основе.

ТЕМА НОМЕРА ГЕРИАТРИЯ.

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА 1

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕГОДНЯ

Пилипенко М. В.

Симптомы патологии печени в гериатрии..... 6

Во всем мире заболевания печени занимают существенное место среди причин нетрудоспособности и смертности населения. Патология печени является достаточно распространенной в работе врача общей практики. Разнообразие и неспецифичность клинических проявлений диктует необходимость знания и четкого соблюдения диагностических алгоритмов для своевременного и полноценного установления диагноза.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Натансон М. А.

Полиморбидность заболеваний в гериатрической практике..... 12

Определение концепции полиморбидности выявляет недостаточную специфичность определений коморбидности и полиморбидности и, как следствие, путаницу в употреблении этих терминов. Большинство авторов единодушны во мнении о том, что центральное ядро полиморбидности — наличие более чем одного заболевания у пациента. Эти сосуществующие заболевания могут быть патогенетически взаимосвязанными и не взаимосвязанными. Независимо от этого степень полиморбидности всегда влияет на прогноз и качество жизни.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Степченков Р. Г.

Предупреждение привычных переломов в гериатрии..... 18

Проблема остеопороза и связанных с ним привычных переломов чрезвычайно актуальна, поскольку имеет не только медицинскую, но и социальную значимость. В 28 % случаев перелом шейки бедра у лиц пожилого возраста заканчивается летально, причем смерть наступает от вторичных осложнений в результате длительного обездвиживания. Больной пациент превращается в обузу для членов семьи, страдает от этого сам и заставляет страдать других. Ограничение способности к движению и самообслуживанию ухудшает качество жизни и нередко приводит к инвалидизации пожилых больных.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Скворцов В. В., Тумаренко А. В., Белякова Е. В., Скворцова Е. М.

Электрокардиографические изменения у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени..... 25

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) стала актуальной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. НАЖБП представляет собой наиболее распространенное хроническое заболевание печени в развитых странах и, по оценкам, поражает от 25 до 30 % взрослого населения. В настоящее время НАЖБП рассматривается как полисистемное заболевание, которое поражает не только печень, но и сердечно-сосудистую

Журнал включен Высшей аттестационной комиссией Минобрнауки РФ в Перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

систему. В конечном счете эти изменения могут быть причиной повышенной сердечной заболеваемости и смертности, связанной с НАЖБП. В соответствии с этим выводом и исходя из того, что осложнения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) часто определяют исходы у пациентов с НАЖБП, в клинических рекомендациях Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации, а также в Европейском руководстве по клинической практике по ведению НАЖБП рекомендуется проводить оценку риска сердечно-сосудистых заболеваний у всех пациентов с НАЖБП.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Петрищева О. А.

Нефротоксичность антибактериальных препаратов и ее предупреждение..... 39

Применение антибактериальных препаратов является основной причиной возникновения заболеваний почек, вызванных приемом лекарственных препаратов во всех возрастных группах. Повреждение почек происходит посредством двух основных механизмов, в частности напрямую и при помощи иммунологических медиаторов. Для некоторых антибиотиков (аминогликозиды и ванкомицин) нефротоксичность, обратимая после отмены препарата, является очень частым побочным эффектом, вплоть до возникновения острой почечной недостаточности, частота возникновения которой в настоящее время возрастает.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кириченко И. Б.

Очаговое поражение печени при туберкулезе.....47

В клинической практике врача общей практики встречается немало трудностей при диагностике определенных нозологических форм, даже несмотря на проведение различных диагностических исследований. Часто это связано с тем, что использованные методы, особенно УЗИ, а также результаты многих биохимических исследований позволяют в большинстве случаев заподозрить патологию или выявить ее косвенные признаки. Методы же точной диагностики, такие как лапароскопия, биопсия, прицельная биопсия, компьютерная томография и колоноскопия, используются редко. Представленный ниже клинический случай является одним из подтверждений сказанного выше.

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ

Коробка Ю. И.

Неотложная помощь при отравлении неизвестным веществом.....51

Отравление — расстройство жизнедеятельности организма, возникшее вследствие попадания в организм яда или токсина, а также действие, вызвавшее такое заболевание (например,

убийство или самоубийство с помощью яда). Первая помощь пострадавшим от отравления должна быть оказана как можно раньше, так как при острых отравлениях возможно очень быстрое нарушение дыхания, кровообращения и сердечбиения. Своевременно оказанная первая помощь часто предотвращает возможность летального исхода.

ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ, ЮБИЛЕИ

Каспрук Л. И.

К вопросу о враче общей практики.....55

В 2023 г. дата 19 мая отмечена как Всемирный день семейного врача. Развитие первичной медико-санитарной помощи представлено одним из основных направлений, принципы которого разработаны и приняты на Международной конференции под эгидой Всемирной организации здравоохранения в г. Алма-Ате в 1978 г. Решения Алма-Атинской декларации стали программным документом для всех государств — членов ВОЗ. В контексте реформирования первичной медицинской помощи основной составляющей является переход к системе единого ответственного лечащего врача как ключевой фигуре — к врачу общей практики и его команде средних медицинских работников. Практически целенаправленная деятельность в формате организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) осуществляется с 1992 г. Аспекты становления и развития общеврачебной практики константно сохраняют свою актуальность.

ISSUE SUBJECT: GERIATRICS

CHIEF EDITOR'S COLUMN..... 1

HEALTHCARE TODAY

Pilipenko M. V.

Symptoms of liver pathology in geriatric practice..... 6

Worldwide, liver disease occupies a significant place among the causes of disability and mortality. Liver pathology is quite common in the work of a general practitioner. The variety and non-specificity of clinical manifestations dictates the need for knowledge and strict adherence to diagnostic algorithms for a timely and complete diagnosis.

ORGANIZATION

OF WORK OF THE GENERAL PRACTITIONER

Natanson M. A.

Polymorbidity in geriatric practice.....12

The definition of the concept of polymorbidity reveals the lack of specificity in the definitions of comorbidity and polymorbidity and, as a result, confusion in the use of these terms. Most authors are unanimous in their opinion that the «core» of polymorbidity is the presence of more than one disease in a patient. These coexisting diseases may or may not be pathogenetically related. Re-

ardless of this, the degree of polymorbidity always affects the prognosis and quality of life.

PREVENTION AND REHABILITATION

Stepchenkov R. P.

«Prevention of habitual fractures in geriatrics»..... 18

Abstract: The problem of osteoporosis and habitual fractures associated with it is extremely relevant, since it has not only medical, but also social significance. In 28 % of cases, a hip fracture in the elderly ends in death, and death occurs from secondary complications as a result of prolonged immobilization. A sick patient becomes a burden for family members, suffers himself/herself and makes others suffer. Limitation of the ability to move and self-service deteriorates the quality of life and often leads to disability in elderly patients.

DIAGNOSIS AND TREATMENT

Skvortsov V. V., Tumarenko A. V., Belyakova E. V., Skvortsova E. M.

Electrocardiographic changes in patients with non-alcoholic fatty liver disease..... 25

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) has become a major public health problem worldwide. NAFLD is the most common chronic liver disease in developed countries and is estimated to affect 25 to 30 % of the adult population. Currently, NAFLD is considered as a multisystem disease that affects not only the liver, but also the cardiovascular system. Ultimately, these changes may be responsible for the increased cardiac morbidity and mortality associated with NAFLD. Consistent with this finding, and based on the fact that cardiovascular disease (CVD) complications often determine outcomes in patients with NAFLD, the clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society and the Russian Gastroenterological Association, as well as the European Clinical Practice Guidelines for the management of NAFLD recommend that a cardiovascular risk assessment should be performed in all NAFLD patients.

MEDICINE PROVISION

Petrishcheva O. A.

Nephrotoxicity of antibacterial drugs and its prevention..... 39

The use of antibacterial drugs is the main cause of drug-induced kidney disease in all age groups. Kidney damage occurs through two main mechanisms, i.e. directly and with the help of immunological mediators. For some antibiotics (aminoglycosides and vancomycin), nephrotoxicity, reversible after discontinuation of the drug, is a very common side effect, up to the onset of acute

renal failure, the incidence of which is currently increasing.

CLINICAL CASE

Kirichenko I. B.

Focal liver lesion in tuberculosis..... 47

In the clinical practice of a general practitioner, there are many difficulties in diagnosing certain nosological forms, even despite various diagnostic studies. This is often due to the fact that the methods used, especially ultrasound, as well as the results of many biochemical studies, in most cases make it possible to suspect a pathology or identify its indirect signs while methods of accurate diagnostics, such as laparoscopy, biopsy, targeted biopsy, computed tomography, and colonoscopy, are rarely used. The clinical case presented below is one of the confirmations of the above.

PATIENT MEMO

Korobka Yu. I.

Emergency care for poisoning with an unknown substance 51

Poisoning is a disorder of the body's vital functions resulting from the ingestion of poison or toxin, as well as the action that caused such a disease (for example, murder or suicide by means of poison). First aid to victims of poisoning should be provided as soon as possible, since in acute poisoning, a very rapid impairment of breathing, blood circulation, and heartbeat is possible. Timely first aid often prevents the possibility of death.

MEMORABLE DATES, ANNIVERSARIES

Kaspruk L. I.

On the issue of a general practitioner 55

In 2023, May 19 is marked as the World Family Doctor Day. The development of primary health care is represented by one of the main directions, the principles of which were developed and adopted at the International Conference under the auspices of the World Health Organization in Alma-Ata in 1978. The decisions of the Alma-Ata Declaration became a policy document for all WHO Member States. In the context of reforming primary health care, the main component is the transition to a system of a single responsible attending physician as a key figure, i.e. a general practitioner, and the team of registered nurses. Practically purposeful activity in the format of organizing primary medical care on the principle of a general practitioner (family doctor) has been carried out since 1992. The aspects of the formation and development of general medical practice constantly remain relevant.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Климов Владимир Анатольевич, канд. мед. наук

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Денисов Игорь Николаевич, председатель редакционного совета, президент Общероссийской ассоциации врачей общей практики (семейных врачей), академик РАН, профессор, д-р мед. наук

Агафонов Борис Валентинович, зам. директора по учебной работе, декан факультета усовершенствования врачей ФУВ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, профессор, засл. врач РФ

Бабанов Сергей Анатольевич, профессор кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии Самарского государственного университета, д-р мед. наук

Бурлачук Виктор Тимофеевич, проректор по лечебной работе Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, зав. кафедрой общей врачебной практики ИМПО, профессор, д-р мед. наук

Вербовой Андрей Феликсович, зав. кафедрой эндокринологии Самарского государственного медицинского университета, профессор, д-р мед. наук

Викторова Инна Анатольевна, зав. кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ОмГМА, главный специалист по общей врачебной практике Министерства здравоохранения Омской области, профессор, д-р мед. наук

Гаджиев Рашид Сейфинович, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Дагестанской государственной медицинской академии, профессор, д-р мед. наук, заслуженный врач РФ

Григорович Марина Сергеевна, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой семейной медицины ИПО Кировской ГМА, гл. специалист – врач общей практики (семейный врач) Департамента здравоохранения Кировской области

Кузнецова Ольга Юрьевна, зав. кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, гл. специалист по ОВП Северо-Западного федерального округа, гл. специалист по ОВП Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, профессор, д-р мед. наук

Купаев Виталий Иванович, зав. кафедрой семейной медицины ИПО Самарского государственного медицинского университета, доцент, д-р мед. наук

Лесняк Ольга Михайловна, зав. кафедрой семейной медицины Уральской государственной медицинской академии, профессор, д-р мед. наук

Попов Владимир Викторович, зав. кафедрой семейной медицины и внутренних болезней ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, гл. внештатный специалист Минздрава Архангельской области по ОВП, профессор, д-р мед. наук

Реутский Анатолий Анатольевич, врач общей практики, рук. регионального отделения Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) РФ по Калининградской области, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Калининградской области по общей врачебной практике (семейной медицине), НУЗ «Дорожная больница на станции Калининград ОАО «РЖД»

Скворцов Всеволод Владимирович, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, член диссертационного совета Волгоградского государственного медицинского университета, д-р мед. наук

Фокин Иван Владимирович, городская клиническая больница № 64 Департамента здравоохранения правительства Москвы, член Международного общества головных болей, д-р мед. наук

Хохлов Михаил Павлович, доцент кафедры последипломного образования и семейной медицины Ульяновского государственного университета, гл. внештатный специалист по общей врачебной практике (семейной медицине) Министерства здравоохранения Ульяновской области, канд. мед. наук

CHIEF EDITOR

Vladimir Anatolyevich Klimov, candidate of medical sciences.

EDITORIAL BOARD

Denisov Igor Nikolaevich, Chairman of the Editorial Board, President of the All-Russian Association of General Practitioners (Family Doctors), Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences.

Agafonov Boris Valentinovich, Deputy Director of Academic Work, Dean of the Department of Advancing Medical Studies, Moscow Regional Clinical Research Institute named after M.F. Vladimirovsky, Professor, Honoured Doctor of the Russian Federation.

Babanov Sergey Anatolevich, Professor of the Department of Occupational Diseases and Clinical Pharmacology, Samara State University, Doctor of Medical Sciences.

Burlachuk Victor Timofeevich, Vice-Rector of Clinical Work of the Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Head of the Department of General Medical Practice of Institute of Medical Postgraduate Education, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Verbovoy Andrey Feliksovich, Head of the Department of Endocrinology, Samara State Medical University, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Viktorova Inna Anatolevna, Head of the Department of Internal Medicine and Outpatient Therapy, Omsk State Medical Academy, Chief Specialist in General Medical Practice, Ministry of Health of the Omsk Region, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Gadzhiev Rashid Seyfiyevich, Head of the Department of Public Health and Health Care, Dagestan State Medical Academy, Professor, Doctor of Medical Sciences, Honoured Doctor of the Russian Federation.

Grigorovich Marina Sergeevna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine of Institute of Postgraduate Education of Kirov State Medical Academy, Chief Specialist - general practitioner (family doctor) of the Department of Health of the Kirov Region.

Kuznetsova Olga Yurievna, Head of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Specialist of GMP of the Northwestern Federal District, Chief Specialist of GMP of Health Committee of the Government of St. Petersburg, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Kupaev Vitaliy Ivanovich, Head of the Department of Family Medicine of IPE of Samara State Medical University, Associate Professor, Doctor of Medical Sciences.

Lesnyak Olga Mikhailovna, Head of the Department of Family Medicine, Ural State Medical Academy, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Popov Vladimir Viktorovich, Head of the Department of Family Medicine and Internal Medicine of Northern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Freelance Specialist of the Ministry of Health of the Arkhangelsk Region on GMP, Professor of Medical Sciences.

Reutsky Anatoliy Anatolevich, General Practitioner, Head of the Regional Branch of the Association of General Practitioners (Family Doctors) of the Russian Federation in the Kaliningrad Region, Chief Freelance Specialist of the Ministry of Health of the Kaliningrad Region in General Medical Practice (Family Medicine), Railway Hospital at the Kaliningrad Station, Russian Railways.

Skvortsov Vsevolod Vladimirovich, Associate Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Member of the Dissertation Council of the Volgograd State Medical University, Doctor of Medical Sciences.

Fokin Ivan Vladimirovich, City Clinical Hospital № 64 of the Department of Health of the Moscow Government, Member of the International Society of Headaches, Doctor of Medical Sciences.

Khokhlov Mikhail Pavlovich, Associate Professor, Department of Postgraduate Education and Family Medicine, Ulyanovsk State University, Chief Freelance Specialist in General Medical Practice (Family Medicine) of the Ministry of Health of the Ulyanovsk Region, Candidate of Medical Sciences.

СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. В. Пилипенко

Хабаровская краевая клиническая больница

Дата поступления рукописи в редакцию: 10.11.2023.

Дата принятия рукописи в печать: 17.11.2023.

Резюме. Во всем мире заболевания печени занимают существенное место среди причин нетрудоспособности и смертности населения. Патология печени является достаточно распространенной в работе врача общей практики. Разнообразие и неспецифичность клинических проявлений диктует необходимость знания и четкого соблюдения диагностических алгоритмов для своевременного и полноценного установления диагноза.

Ключевые слова: заболевания печени, клинические симптомы, семиотика.

Symptoms of liver pathology in geriatric practice

M. V. Pilipenko

Khabarovsk Regional Clinical Hospital

Date of receipt of manuscript at the editorial office: 11/10/2023.

Date of acceptance of the manuscript for publication: 11/17/2023.

Abstract: Worldwide, liver disease occupies a significant place among the causes of disability and mortality. Liver pathology is quite common in the work of a general practitioner. The variety and non-specificity of clinical manifestations dictates the need for knowledge and strict adherence to diagnostic algorithms for a timely and complete diagnosis.

Key words: liver diseases, clinical symptoms, semiotics.

В диагностике симптомов, свидетельствующих о наличии заболеваний печени, чрезвычайно важное значение имеют правильный сбор анамнеза и осмотр больного. Поскольку основные симптомы, такие как боль, тошнота или изжога, являются субъективными ощущениями, их правильная интерпретация является опорным пунктом в диагностике данной патологии. Способность пациента обнаруживать у себя симптомы в значительной степени зависит от его культуры и уровня образования [1].

Больные с патологией печени редко предъявляют жалобы, непосредст-

венно указывающие на ее поражение. Симптомы, как правило, не специфичны. Основными клиническими проявлениями патологии печени могут быть [2]:

- бессимптомные отклонения функциональных печеночных тестов;
- слабость, повышенная утомляемость;
- нарушение аппетита, прогрессирующее снижение массы тела;
- диспепсия (метеоризм, неустойчивый стул, тошнота, изжога);
- тошнота и рвота;
- кожный зуд;

- боль в животе;
- вздутие живота, флатуленция;
- увеличение живота в объеме;
- желтуха;
- асцит;
- кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка;
- печеночная энцефалопатия.

Изолированные изменения показателей печеночных тестов нередко определяются при отсутствии какой-либо клинической симптоматики со стороны печени и желчных путей. Принята точка зрения, что дальнейшее обследование показано при повышении активности АЛТ более чем 2 раза от верхнего предела нормы, а также при менее выраженном повышении — при наличии значимых факторов риска патологии печени. Самые распространенные причины бессимптомных отклонений функциональных печеночных тестов:

- стеатоз печени — алкогольный или на фоне избыточной массы тела;
- стеатогепатит — алкогольный или на фоне избыточной массы тела;
- вирусный гепатит;
- перегрузка железом / гемохроматоз;
- аутоиммунные заболевания печени;
- лекарственные поражения печени;
- метаболические заболевания печени — недостаточность α 1-антитрипсина, болезнь Вильсона;
- хронические заболевания желчевыводящих путей — ПСХ, ПБЦ;
- системные заболевания.

У части пациентов не удается установить этиологию, в таких случаях обычно предполагают, что отклонения печеночных тестов связаны с жировой болезнью печени даже при отсутствии отклонений по данным УЗИ и сканирования печени. При отсутствии факторов риска тяжелого поражения печени и при отрицательных результатах

скринингового обследования прогноз благоприятный.

Слабость, повышенная утомляемость (астеновегетативный синдром) — часто единственный симптом на начальных стадиях заболеваний печени, может возникать при далеко зашедшей печеночно-клеточной недостаточности.

Потеря аппетита, прогрессирующее снижение массы тела являются характерным симптомом практически всех заболеваний печени.

Изжога — чувство жжения, возникающее за грудиной у мечевидного отростка и распространяющееся вверх. Изжога обусловлена забросом (рефлюксом) кислого желудочного содержимого в дистальный отдел пищевода и раздражением его нервных окончаний. Основными факторами, способствующими возникновению гастроэзофагеального рефлюкса и изжоги являются недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, повышение внутрижелудочного и внутрибрюшного давления [3].

Диспепсия в той или иной мере сопровождает все заболевания печени. Особенно выражена при печеночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. Тошнота — неприятное ощущение в подложечковой области, часто сопровождающееся слабостью, головокружением (вплоть до полубморочного состояния), бледностью кожных покровов, слюнотечением. Тошнота нередко предшествует рвоте, но часто является и самостоятельным симптомом.

Рвота возникает вследствие раздражения интерорецепторов внутренних органов, таких как желудок, желчный пузырь, печень, поджелудочная железа. Возникновению рвоты обычно предшествует тошнота, чувство переполнения. В дифференциальной диагностике тошноты и рвоты большое значение имеют характер рвоты и условия ее возникновения. Необходимо обращать внимание на количество, запах, цвет, консистенцию рвотных масс.

Кожный зуд может быть единственным симптомом в начальных стадиях заболеваний печени, связан с отложением в коже желчных кислот и является типичным признаком холестаза [4].

Боль в животе — кардинальный и наиболее частый симптом многих заболеваний органов брюшной полости. Представляет собой сложное ощущение, в котором непосредственное восприятие организмом повреждающих стимулов соединяется с субъективным опытом, включающим сильный эмоциональный компонент. При первом осмотре пациента боль в животе классифицируют по патогенезу (париетальная, висцеральная, иррадиирующая), локализации и давности возникновения (острая и хроническая). Локализация боли и ее иррадиация в большинстве случаев позволяет ориентировочно судить о том, какой орган вовлечен в патологический процесс. Большое значение имеет периодичность болевого синдрома и его связь с приемом пищи. Немаловажное значение имеет и характер болевого синдрома.

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода — завершающее звено в последовательности осложнений цирроза печени, вызванных прогрессирующим фиброзом ткани печени, блоком току крови через ее ткань, развитием синдрома портальной гипертензии, за которым следует сброс крови по путям коллатерального кровообращения, в том числе прогрессирующее расширение вен пищевода с последующим их разрывом. Варикоз вен пищевода выявляется у трети пациентов с компенсированным и двух третей пациентов с декомпенсированным циррозом печени на момент установления диагноза. Риск развития варикоза вен пищевода при циррозе составляет 5–7 % в год. Примерно у трети пациентов с варикозом вен пищевода также обнаруживается варикоз желудочных вен. Факторы риска разрыва и кровотечения из варикозно расширенных вен включает размер узлов, тяжесть поражения печени, наличие сепсиса, гепатоцеллюлярной карциномы. Риск

кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода составляет примерно 25 % в течение двух лет. Кровотечения из варикозно расширенных вен верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляет 11 % всех случаев желудочно-кишечных кровотечений и 70 % кровотечений у пациентов с циррозом печени. Риск летального исхода при остром кровотечении из варикозно расширенных вен верхних отделов составляет 15–20 %. Общая летальность в течение года у всех больных с варикозным расширением вен пищевода достигает 20–64 % [5].

Желтуха — симптомокомплекс, указывающий на нарушение в обмене или выделении желчных пигментов с окрашиванием слизистых и кожи в желтый цвет за счет накопления в них желчных пигментов. Желтуха сопровождается гипербилирубинемией (видимая желтушность кожи обычно появляется при повышении уровня билирубина свыше 35 мкмоль/л), которая может быть неконъюгированной и конъюгированной. В тех случаях, когда имеется повышение уровня билирубина без существенного изменения других биохимических печеночных тестов, следует использовать термин «гипербилирубинемия».

Неконъюгированная гипербилирубинемия — состояние, при котором в крови более 85 % от общего билирубина составляет неконъюгированный (т.е. непрямой). Возникает при гиперпродукции билирубина, нарушении захвата билирубина печенью, нарушениях в системе транспорта (при этом отсутствует билирубинемия). Характерными лабораторными и клиническими признаками являются повышение уровня ретикулоцитов, анемия, снижение осмотической резистентности эритроцитов, наличие уробилиногена, положительная реакция Кумбса, увеличение селезенки, лимонно-желтый цвет кожи, обычный или темный цвет кала. Конъюгированная гипербилирубинемия — состояние, при котором в крови более чем 50 % от общего билирубина составляет конъюгированный билиру-

бин (т.е. прямой). Конъюгированная гипербилирубинемия встречается несравненно чаще, чем конъюгированная. Она возникает при гепатоцеллюлярных заболеваниях, внутри- или внепеченочной обструкции (при этом имеется билирубинемия).

Увеличение живота в объеме при патологии чаще всего отмечается за счет выраженного ожирения, асцита, опухолей брюшной полости, перерастянутого мочевого пузыря. Основные причины увеличения живота: ожирение, асцит, метеоризм, дилатация кишечника, расширение желудка, увеличение печени, селезенки, большие опухоли брюшной полости, беременность.

Асцит — скопление жидкости в брюшной полости. Он обычно проявляется тяжестью в животе, метеоризмом, увеличением живота в объеме. Асцит клинически по притупленному перкуторному звуку в отлогих местах брюшной полости и флюктуации можно выявить при наличии в брюшной полости не менее 1000 мл жидкости. Для раннего выявления незначительного количества жидкости (100–200 мл) проводят ультразвуковое исследование. Чаще всего асцит является следствием портальной гипертензии (цирроз печени, опухоли печени, тромбоз печеночных вен, тромбоз или стеноз нижней полой вены, обтурация или стеноз воротной вены), болезни сердца (правожелудочковая или тотальная сердечная недостаточность, констриктивный перикардит), болезни почек (нефротический синдром, хронический гломерулонефрит), болезни желудочно-кишечного тракта (кишечная лимфангиэктазия, болезнь Уиппла), первичных поражений брюшины (туберкулезный перитонит, перитониты другой этиологии, мезотелиома) или вторичных поражений брюшины и других органов (диссеминированного канцероматоза, псевдомиксома) [6].

Анорексия — потеря аппетита, утрата желания принимать пищу. Нередко встречается при различных негastroэнтерологических заболеваниях. При заболеваниях органов пище-

варения появление анорексии может свидетельствовать о наличии серьезных нарушений, в первую очередь — опухолей, пилорстеноза, хронических воспалительных заболеваний печени.

Печеночная энцефалопатия — спектр психоневрологических нарушений, связанных с дисфункцией печени при условии исключения других известных заболеваний головного мозга. Печеночная энцефалопатия характеризуется изменениями личности, снижением интеллекта и заторможенностью. Печеночную энцефалопатию разделяют на две категории — явную (манифестную) и минимальную. Признаки явной печеночной энцефалопатии достаточно легко определяются клинически, в то время как для диагностики минимальной требуется проведение нейропсихологического тестирования. Проявления явной печеночной энцефалопатии имеются примерно у трети пациентов с циррозом печени, у большинства других отмечается минимальная дисфункция. Риск возникновения явной печеночной энцефалопатии в течение года у больных циррозом печени составляет примерно 20 %. Наличие печеночной энцефалопатии при циррозе печени рассматривается как неблагоприятный прогностический признак. У пациентов, госпитализированных с проявлениями печеночной энцефалопатии при отсутствии трансплантации печени, выживаемость в течение года составляет менее 50 %.

Основные синдромы поражения печени включают:

- печеночно-клеточную недостаточность;
- быстро прогрессирующую (фульминантную) печеночную недостаточность;
- портальную гипертензию;
- печеночную энцефалопатию;
- отечно-асцитический синдром;
- синдром холестаза.

Синдром печеночно-клеточной недостаточности является одним из главных проявлений всей острой и хронической патологии печени. Представляет собой симптомокомплекс, характери-

зующийся нарушением одной или многих функций печени вследствие острого или хронического повреждения ее паренхимы. Этот синдром характеризуется нарушением синтеза белка, прежде всего альбуминов (что приводит к гипоальбуминемии), протромбина, показатель которого отражает также содержание факторов свертывания V, VII, X (что может привести к геморрагическому диатезу), холестерина, а также к нарушению инактивации ряда биологически активных веществ, в том числе действующих токсически на нервную систему и вызывающих периферическую вазодилатацию.

Быстро прогрессирующая (фульминантная) печеночная недостаточность представляет собой клинический синдром, характеризующийся внезапным развитием тяжелых нарушений печени у здорового до этого человека. Обычно проявляется быстро прогрессирующей энцефалопатией, коагулопатией, метаболическими расстройствами с развитием тяжелой полиорганной недостаточности. Выделяют фульминантную (появление энцефалопатии в пределах двух недель), субфульминантную (2–12 недель) и позднюю (8–24 недели от начала заболевания). Целесообразно разделять сверхострую (0–7 дней), острую (8–28 дней) и подострую (5–12 недель) формы фульминантной печеночной недостаточности [7].

Портальная гипертензия — симптомокомплекс, характеризующийся увеличением давления в портальной вене. Наиболее частой причиной портальной гипертензии является структурная перестройка ткани печени и, как следствие, нарушение кровотока через измененный орган. По уровню обструкции выделяют пресинусоидальные,

синусоидальные и постсинусоидальные формы. Кроме того, существуют относительно редкие надпеченочная и подпеченочная формы, развивающиеся при первично интактной печени. К осложнениям портальной гипертензии относятся гиперспленизм, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, гепаторенальный синдром.

Печеночная энцефалопатия (ПЭ) — потенциально обратимые неврологические и психические нарушения, развивающиеся вследствие заболевания печени со снижением ее детоксицирующей функции, формирования шунтов между системами портального и общего кровообращения с проникновением токсических продуктов кишечного происхождения в головной мозг.

Отечно-асцитический синдром — симптомокомплекс, характеризующийся накоплением жидкости в брюшной полости и отеками. Асцит возникает у 50 % пациентов за 10-летний период от постановки диагноза цирроза печени. Развитие асцита считают неблагоприятным прогностическим признаком, так как он связан с 50 % смертностью в течение двух лет.

Синдром холестаза — застой компонентов желчи в ткани печени. Различают внутри- и внепеченочный холестаз. При внутрипеченочном холестазе выделяют внутриклеточную, внутриканальцевую и смешанную формы. Внепеченочный холестаз развивается при внепеченочной обструкции желчных протоков.

Таким образом, заболевания печени имеют разнообразную симптоматику, зависящую от этиологического фактора их развития, особенностей течения и достаточно не специфичны.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 698 с.
2. Иванников И.О., Сюткин В.В. Общая гепатология. М.: МАКС-Пресс, 2002; 112 с.
3. Огурцов П.П., Мазурчик Н.В. Курс клинической гепатологии. М.: РУДН, 2008; 178 с.
4. Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2005; 768 с.
5. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии. Забо-

левания печени и билиарной системы. СПб.: Диалект, 2005; 864 с.

6. *Шерлок Ш., Дули Дж.* Заболевания печени и желчных протоков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999; 924 с.
7. *Шифф Ю.Р., Сорелл М.Ф., Меддрей У.С.* Введение в гепатологию. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 704 с.

REFERENCES

1. Gastroenterologiya. Natsionalnoe rukovodstvo [Gastroenterology. National guidelines]. / Ed. V. T. Ivashkina, T. L. Lapina // М.: GEOTAR — Media, 2009. — 698 p. (In Russ.)
2. *Ivannikov I. O., Siutkin V. V.* Obshchaia gepatologiya [General hepatology]. М.: MAKS — Press, 2002. — 112 p. (In Russ.)
3. *Ogurtsov P. P., Mazurchik N. V.* Kurs klinicheskoi gepatologii [Course of clinical hepatology]. М.: RUDN, 2008. — 178 p. (In Russ.)
4. *Podymova S. D.* Bolezni pecheni. Rukovodstvo dlia vrachei [Diseases of the liver. Guide for doctors]. М.: Medicine, 2005. — 768 p. (In Russ.)
5. *Radchenko V. G., Shabrov A. V., Zinovieva E. N.* Osnovy klinicheskoi gepatologii. Zabol-evaniia pecheni i biliarnoi sistemy [Fundamentals of clinical hepatology. Diseases of the liver and biliary system]. S.-Pb.: Dialect, 2005. — 864 p. (In Russ.)
6. *Sherlok Sh., Duli Dzh.* Zabol-evaniia pecheni i zhelchnykh protokov [Diseases of the liver and bile ducts]. М.: GEOTAR — Medi, 1999. — 924 p. (In Russ.)
7. *Shiff Yu. R., Sorell M. F., Meddrei U. S.* Vvedenie v gepatologiyu [Introduction to hepatology]. М.: GEOTAR — Media, 2011. — 704 p. (In Russ.)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Пилипенко Маргарита Васильевна — канд. мед. наук, врач-гастроэнтеролог, Хабаровская краевая клиническая больница
E-mail: PilipenkoM12@mail.ru
Information about author:
Pilipenko M. <http://orcid.org/0000-0002-4633-0514>

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Margarita Vasilievna Pilipenko — PhD Candidate in Medicine, gastroenterologist, Khabarovsk Regional Clinical Hospital
PilipenkoM12@mail.ru
Information about the author:
Pilipenko M. <http://orcid.org/0000-0002-4633-0514>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The author declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: (495) 274-2222 (многоканальный)
E-mail: podpiska@panor.ru

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.А. Натансон

Краевая клиническая больница, г. Красноярск

Дата поступления рукописи в редакцию: 10.02.2023.

Дата принятия рукописи в печать: 11.03.2023.

Резюме. Определение концепции полиморбидности выявляет недостаточную специфичность определений коморбидности и полиморбидности и, как следствие, путаницу в употреблении этих терминов. Большинство авторов единодушно во мнении о том, что центральное ядро полиморбидности — наличие более чем одного заболевания у пациента. Эти сосуществующие заболевания могут быть патогенетически взаимосвязанными и не взаимосвязанными. Независимо от этого, степень полиморбидности всегда влияет на прогноз и качество жизни.

Ключевые слова: коморбидность, полиморбидность, шкалы оценки, неудовлетворенные потребности.

Polymorbidity in geriatric practice

М.А. Natanson

Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk

Date of receipt of manuscript at the editorial office: 02/10/2023.

Date of acceptance of the manuscript for publication: 03/11/2023.

Abstract: The definition of the concept of polymorbidity reveals the lack of specificity in the definitions of comorbidity and polymorbidity and, as a result, confusion in the use of these terms. Most authors are unanimous in their opinion that the «core» of polymorbidity is the presence of more than one disease in a patient. These coexisting diseases may or may not be pathogenetically related. Regardless of this, the degree of polymorbidity always affects the prognosis and quality of life.

Key words: comorbidity, polymorbidity, rating scales, unmet needs.

Коморбидность — это сочетание у одного больного двух и более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них. По данным различных клинических и эпидемиологических исследований, в возрасте от 17 до 25 лет распространенность полиморбидности варьирует от 10 до 73,9 %, в возрасте 65 лет и старше — от 47,3 до 98 %. Широкая вариабельность в распространенности данного явления связана с использованием разных методик определения состояния полиморбидности.

На сегодняшний день для описания существования нескольких болезней у одного пациента в отечественных и зарубежных работах используют несколько терминов: «сочетанные», «сопутствующие», «ассоциированные» и «коморбидные» заболевания или состояния, «коморбидность», «полиморбидность», «мультиморбидность», «мультифакториальные заболевания», «полипатия», «соболезненность», «двойной диагноз» и «плюрипатология». Наиболее часто используются три термина: «полиморбидность», «мультиморбидность» или «коморбидность». Несмотря на то что данные понятия большинст-

во клиницистов используют как синонимы, это не совсем так [1].

Термин «коморбидность» впервые был предложен Фейнштейном (Feinstein) в 1970 г. для описания состояния наличия двух заболеваний, сопровождающихся новыми клиническими проявлениями, или новых симптомов на фоне уже существующей клинической картины. В современной литературе термин «коморбидность» чаще всего имеет три значения [1, 2]:

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

Существует более 17 различных шкал для измерения коморбидности. Наиболее распространенными из них являются система подсчета количества заболеваний (Disease count), шкала хронических заболеваний CDS (Chronic Disease Score/RxRisk), индекс коморбидности Чарлсон (Charlson index), система CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics), индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity) и индекс Kaplan — Feinstein (Kaplan — Feinstein index) [3].

Термин «полиморбидность» или «мультиморбидность» впервые использовали в странах, где население говорит на языках романо-германской группы, а затем он получил дальнейшее распространение на территории стран Восточной Европы. В 1980–1990-х гг. термин «мультиморбидность» часто использовался немецкими авторами, пишущими на английском языке, для описания состояния существования нескольких заболеваний у одного человека, которое нельзя было описать с использованием индек-

са коморбидности. В 1996 г. ван ден Аккер (van den Akker) предложил использовать термин «коморбидность» только для описания наличия у одного пациента двух и более заболеваний или клинических синдромов с использованием различных шкал/индексов коморбидности, а термины «мультиморбидность» и «полиморбидность» использовать для описания наличия у одного пациента сочетания нескольких острых или хронических патологических состояний, которые нельзя описать, используя предложенные системы шкал определения коморбидности [4].

Более поздние публикации предлагают считать коморбидностью наличие нескольких заболеваний, связанных доказанным единым патогенетическим механизмом, например атеросклероз, гипертензию, инфаркт миокарда, сердечную недостаточность, а мультиморбидностью — наличие нескольких заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами, например ИБС и ХОБЛ, катаракты и желчно-каменной болезни [5].

ШКАЛЫ КОМОРБИДНОСТИ

Система CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics). Данная шкала позволяет практическим врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре полиморбидного статуса их пациентов. Шкала подразумевает оценку количества заболеваний и степени их тяжести по 4-балльной системе. Общая сумма баллов варьирует от 0 до 56. По мнению ее разработчиков, максимальные результаты не совместимы с жизнью больных, однако определение точного прогноза больного невозможно из-за отсутствия интерпретации полученных результатов и их связи с рядом прогностических характеристик.

Система подсчета количества заболеваний (Disease count) проста в использовании и основана на подсчете количества заболеваний или синдро-

мов, выявленных при обследовании пациента. В список данных синдромов входят, например, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, стенокардия, кардиомиопатия, инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, облитерирующий атеросклероз, эпизоды декомпенсации сердечной недостаточности и т. д. Максимальное количество баллов 3: наличие 1–2 заболеваний — 1 балл; 3–4 заболеваний — 2 балла; 5 заболеваний и больше — 3 балла. Недостатком шкалы является невозможность с ее помощью прогнозировать лечение и его исходы.

Индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease) первоначально был разработан для оценки коморбидности больных злокачественными новообразованиями. Сейчас обычно используется для оценки риска развития послеоперационных осложнений.

Индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity) позволяет разделить пациентов на четыре класса в зависимости от количества заболеваний и степени их тяжести. Пациенты, определенные в 4-й класс, имеют в 4 раза выше риск смерти, чем пациенты в классах 1 и 2, однако дать точный прогноз больному с использованием этой шкалы также невозможно. Данный индекс был признан наиболее точным в прогнозировании смертности у госпитализированных пациентов по сравнению с другими индексами.

Индекс Kaplan — Feinstein был создан на основе изучения воздействия сопутствующих заболеваний на пятилетнюю выживаемость больных сахарным диабетом 2-го типа. В этой системе оценки коморбидности все имеющиеся заболевания и их осложнения в зависимости от выраженности органических поражений подразделяются на легкие, средние и тяжелые. При этом вывод о суммарной коморбидности делается на основе состояния наиболее декомпенсированной системы органов. Прогностическая значимость этой шкалы

также не ясна ввиду отсутствия интерпретации общего балла, полученного по результатам суммирования заболеваний, имеющихся у пациента.

Индекс коморбидности Чарлсон (Charlson index) был предложен авторами специально для оценки прогноза больных с длительными сроками наблюдения. Данный индекс основан на подсчете количества заболеваний, но, к сожалению, не принимает во внимание степень тяжести заболевания, зато учитывает возраст пациентов — при его расчете баллы сначала суммируются, а потом к полученной сумме баллов добавляются 1 балл на каждые 10 лет жизни при превышении пациентом 40-летнего возраста (50 лет — 1 балл, 60 лет — 2 балла и т. д.).

И ко-, и мультиморбидность ассоциируются со снижением качества жизни, ухудшением функционального статуса, повышенным потреблением ресурсов здравоохранения, включая госпитализации по неотложным причинам, параллельно росту числа сочетающихся заболеваний.

Несмотря на важность оценки состояния коморбидности/полиморбидности и ее безусловного влияния на качество жизни и прогноз пожилого человека, проанализировав коморбидный статус пациента с помощью нескольких методик, вы получите разные результаты и не получите рекомендаций по дальнейшему лечению и прогнозу. В то же время, во-первых, исследования последних лет демонстрируют отсутствие преимущества использования какого-либо одного индекса коморбидности перед другими, во-вторых, результаты исследований во многом зависят от выбранной популяции и не могут быть экстраполированы на всю популяцию пожилых людей. В-третьих, пациенты с одним и тем же индексом коморбидности всё равно имеют разный прогноз и требуют различного подхода в обследовании и лечении. В-четвертых, применение всех клинических рекомендаций в отношении лечения каждого конкретного заболевания у пациентов с мультиморбидностью может приве-

сти к неправильному выбору тактики лечения, полипрагмазии, ухудшению качества жизни и прогноза пациента, потому что клинические рекомендации создаются только по одному заболеванию [6].

Таким образом, традиционная болезнь — ориентированная модель здравоохранения, направленная в первую очередь на снижение общей заболеваемости и риска смерти, больше подходит для молодых людей с одним заболеванием и плохо применима в популяции пожилых людей. В отличие от молодых людей, лечение пациентов пожилого возраста должно быть прежде всего ориентировано не на снижение риска смерти и возникновения новых заболеваний, а на улучшение их (пациентов) качества жизни, уменьшение риска нарушения когнитивных функций, развития независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, уменьшение риска падений, развития недостаточности питания и т. д. Как ни парадоксально, но на прогноз в пожилом возрасте в большей степени оказывает влияние не количество заболеваний, а качество жизни пожилого человека и его способность справиться с беспокоящими его проблемами и так называемыми «неудовлетворенными потребностями».

Неудовлетворенные потребности (unmet needs) — это проблемы, которые часто остаются незамеченными при рутинном посещении, потому что врач не обращает на них внимания или пациент о них умалчивает. К наиболее частым неудовлетворенным потребностям гериатрических пациентов относятся:

- потеря и ухудшение слуха и зрения;
- недержание мочи;
- потеря или ухудшение способности к передвижению;
- снижение памяти и интеллекта;
- сниженное настроение и депрессия.

Использование цель-ориентированного подхода в сочетании с комплексной гериатрической оценкой в лечении

пожилого человека позволяет врачу совместно с пациентом постепенно решать наиболее важные проблемы конкретного пациента, добиваясь лучших результатов в лечении по сравнению с использованием болезнь-ориентированного подхода. Например, для пациента с цереброваскулярной болезнью и артериальной гипертензией гораздо большее значение будет иметь не наличие риска развития острого нарушения мозгового кровообращения в ближайшие несколько лет, а неспособность покидать дом из-за головокружения, страха падения или недержания мочи на фоне приема диуретиков. Таким образом, для этого пациента более важную роль в плане лечения будет играть не подбор препаратов для снижения риска инсульта, а разработка мероприятий по профилактике падений или эпизодов недержания мочи либо пересмотр медикаментозной схемы лечения и отказ от препаратов, повышающих риск развития головокружения. В дополнение хотелось бы несколько слов сказать еще об одном исследовании, показавшем, что пожилые пациенты с высоким уровнем когерентности имели гораздо более низкий риск смерти и ухудшения функционального статуса независимо от количества заболеваний, наличия депрессии, степени нарушения когнитивных функций, степени зависимости от посторонней помощи и социально-демографических характеристик по сравнению с людьми с более низким уровнем когерентности. Чувство когерентности включает три основных компонента:

- постижимость (comprehensibility — состояние, когда всё происходящее понятно и воспринимается индивидуумом как нечто четкое, продуманное и упорядоченное);
- управляемость (manageability — когда индивидуум ощущает, что у него достаточно ресурсов, чтобы справиться с разными жизненными ситуациями);
- осмысленность (meaningfulness — когда индивидуум осоз-

нает собственную причастность к тому, что происходит) [7].

Таким образом, введение в клиническую практику цель-ориентированного подхода сделает пациента равноправным участником лечебного процесса, ответственным за принятие решения о тактике лечения, и может повысить степень комплаенса между врачом и пациентом, уменьшить распространенность полипрагмазии и значительно улучшить качество жизни пациента.

Неоспоримым преимуществом каждого из вышеперечисленных тестов, анкет и опросников является простота использования и возможность применения в амбулаторной сети. При одновременном использовании указанных опросников врач может выявить приоритетные проблемы пожилого пациента и оказать адекватную помощь, спланировать наблюдение за ним, обеспечив ему достойное качество жизни. Однако следует помнить, что есть разница между целостным подходом к пожилому человеку, когда врач с по-

мощью различных гериатрических инструментов выявляет проблемы, присущие пожилым людям, оценивает его функциональный статус, и комплексной гериатрической оценкой, которая проводится бригадой специалистов, по особым показаниям. Процесс комплексной оценки может занимать от 1,5 часов до двух суток, он утомителен для пожилого человека, и его результаты требуют последующего обсуждения всей командой. Важно также помнить, что шкалы и опросники — это еще не всё, не они определяют диагноз, существуют клинические признаки, жалобы, дополнительные исследования. А самое главное — это план мероприятий, который обязательно составляется после комплексной оценки. Именно эти мероприятия и повышают качество жизни пожилых людей, помогают решить их проблемы [8].

По результатам комплексной оценки заполняется карта, в которой суммируются тесты, записываются их результаты и определяется дальнейшая тактика ведения пациента.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гериатрия: национальное руководство / под ред. О. Н. Ткачевой, Е. В. Фроловой, Н. Н. Яхно, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 608 с.
2. Дегриз Я. М., Фролова Е. В., Тур Е. Ю. Структурированный подход к выявлению потребностей пожилого человека в медицинской помощи. Российский семейный врач. 2014; 18, 1: 12–19.
3. Журавлев Ю. И., Тхорикова В. Н. Современные проблемы измерения полиморбидности. Фармация. 2013; 11, 154: 214–219.
4. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017; 16, 6: 50–56.
5. Нургазина А. К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность». Казанский медицинский журнал. 2014; 2, 95: 292–296.
6. Сафонова Ю. А. Методы оценки риска падений у людей старше 65 лет. Успехи геронтологии. 2016; 29, 3: 517–522.
7. Неврология: национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. Т. 1. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 880 с.
8. Нервные болезни / под ред. М. М. Одинака. СПб.: СпецЛит, 2014; 786 с.

REFERENCES

1. Geriatrics: Natsionalnoe rukovodstvo [Geriatrics: National guidance]. / Ed. O. N. Tkacheva, E. V. Frolova, N. N. Iakhno. // M.: GEOTAR — Media, 2018. — 608 p. (In Russ.)
2. Degriz Ya. M., Frolova E. V., Tur E. Yu. Strukturirovannyi podkhod k vyivleniiu potrebnostei pozhilogo cheloveka v meditsinskoi pomoshchi [A structured approach to

- identifying the needs of an elderly person in medical care] // Rossiiskii semeinyi vrach [Russian Family Doctor]. — 2014. — Vol. 18, No. 1. — P. 12–19. (In Russ.)
3. Zhuravlev Iu.I., Tkhorikova V.N. Sovremennye problemy izmereniia polimorbidnosti [Modern problems of measuring polymorbidity] // Farmatsiia [Pharmacy]. — 2013. — Vol. 11, No. 154. — P. 214–219. (In Russ.)
 4. Komorbidnaia patologiiia v klinicheskoi praktike. Klinicheskie rekomendatsii [Comorbid pathology in clinical practice. Clinical guidelines] // Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention]. — 2017. — Vol. 16, No. 6. — P. 50–56. (In Russ.)
 5. Nurgazinova A.K. Proiskhozhdenie, razvitie i sovremennaia traktovka poniatii «komorbidnost» i «polimorbidnost» [Origin, development and modern interpretation of the concepts of «comorbidity» and «polymorbidity»] // Kazanskii meditsinskii zhurnal [Kazan Medical Journal]. — 2014. — Vol. 2, No. 95. — P. 292–296. (In Russ.)
 6. Safonova Iu.A. Metody otsenki riska padenii u liudei starshe 65 let [Methods for assessing the risk of falls in people over 65 years old]. Uspekhi gerontologii [Successes of Gerontology]. — 2016. — Vol. 29, No. 3. — P. 517–522. (In Russ.)
 7. Nevrologiia: natsionalnoe rukovodstvo [Neurology: national guidance]. / Eds. E. I. Gusev, A. N. Konovalov, V. I. Skvortsova // M.: GEOTAR — Media, 2018. — Vol. 1. — 880 p. (In Russ.)
 8. Nervnye bolezni [Nervous diseases]. Ed. M. M. Odinak. St. Petersburg: SpetsLit, 2014. — 786 p. (In Russ.)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Натансон Марк Абрамович — канд. мед. наук, врач-онколог, краевая клиническая больница, г. Красноярск
E-mail: MANatanson31@rambler.ru
Information about author:
Natanson M. <http://orcid.org/0000-0002-3351-4353>

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Mark Abramovich Natanson — PhD Candidate in Medicine, oncologist, Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk
MANatanson31@rambler.ru
Information about the author:
Natanson M. <http://orcid.org/0000-0002-3351-4353>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The author declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: (495) 274-2222 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru