

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ КОМОРБИДНОСТИ И ПОЛИПРАГМАЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Бахтин В. М., Изможерова Н. В.

Уральский государственный медицинский университет,
кафедра фармакологии и клинической фармакологии
г. Екатеринбург, Российская Федерация

Ключевые слова: полипрагмазия, коморбидность, высокий сердечно-сосудистый риск.

Резюме: Высокая частота коморбидности среди пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска приводит к развитию полипрагмазии, которая может сказываться на эффективности и безопасности фармакотерапии. Настоящее исследование посвящено оценке уровней коморбидности и полипрагмазии у пациентов данной категории.

Resume: The high frequency of comorbidity among patients with high and very high cardiovascular risk causes to polypharmacy, which can affect the efficacy and safety of pharmacotherapy. This study is devoted to assessing the levels of comorbidity and polypharmacy in patients in this category.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) ассоциированы с метаболическим синдромом и сочетаются с его компонентами: дислипидемиями, ожирением, нарушением толерантности к глюкозе и сахарным диабетом 2 типа [6]. Феномен сердечно-сосудистого континуума обуславливает возможность наличия у пациента одновременно нескольких ССЗ, например, артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и их осложнения – хронической сердечной недостаточности (ХСН). Всё вышесказанное объясняет высокую частоту коморбидности среди пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска.

В реальной врачебной деятельности возможно сочетание ССЗ не только друг с другом и метаболическими расстройствами, но и с заболеваниями дыхательной, пищеварительной и других систем [3]. Общий уровень коморбидности по данным различных источников может достигать от 80 до 95% среди контингента наблюдаемых пациентов [2, 3]. Наличие сопутствующей патологии требует проведения фармакотерапии каждого из заболеваний, что зачастую сопровождается назначением большого количества лекарственных препаратов.

В настоящее время полипрагмазия является серьезной проблемой клинической медицины и здравоохранения [4]. Полипрагмазия имеет множество определений, из которых наиболее общепринятым является одновременное назначение пяти и более лекарственных средств [1].

Взаимодействие лекарственных средств является серьезной проблемой, поскольку оно обуславливает возникновение нежелательных реакций и является одной из причин госпитализации пациентов [5]. Назначение большого количества лекарственных средств усложняет обучение пациента их приёму и может снизить комплаенс и, как следствие, эффективность терапии.

Риски развития нежелательных реакций при проведении фармакотерапии у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска (ССР) возрастают с учётом возраста, наличия коморбидности и вынужденной полипрагмазии. Основная роль в ведении таких пациентов отводится терапевту амбулаторного звена. Важна комплексная оценка проводимой в условиях реальной клинической практики фармакотерапии пациентов высокого и очень высокого ССР.

Цель исследования: оценить уровень и структуру коморбидности и полипрагмазии у пациентов высокого и крайне высокого сердечно-сосудистого риска, наблюдающихся в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений Свердловской области.

Задачи: 1. Исследовать структуру коморбидности среди пациентов исследуемой группы; 2. Оценить уровень и структуру полипрагмазии среди пациентов исследуемой группы.

Материалы и методы. Обследованы 140 пациентов, наблюдавшихся у терапевтов в амбулаторно-поликлинических учреждениях гг. Екатеринбург, В. Пышма, В. Салда, Берёзовский и Среднеуральск Свердловской области. Критериями включения были наличие у пациента высокого или очень высокого ССР ($SCORE \geq 5\%$, острый инфаркт миокарда (ОИМ), острое или преходящее нарушение мозгового кровообращения (ОНМК или ПНМК), вмешательство на коронарных артериях, острый коронарный синдром (ОКС) в анамнезе, стабильная стенокардия напряжения, перемежающаяся хромота, сахарный диабет 2 типа (СД 2) или 1 типа с диабетической нефропатией, наличие атеросклеротических бляшек в сосудах по данным ангиографии или УЗИ, уровень общего холестерина сыворотки ≥ 8 ммоль/л, АД $\geq 180/110$ мм. рт. ст.) и подписанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Обследование пациентов проводилось с помощью специально разработанного опросника. Изучались частота выявления сердечно-сосудистых и других заболеваний, их сочетания друг с другом, количество принимаемых пациентом препаратов, принадлежность их к различным фармакологическим группам и сочетаемость друг с другом.

Для статистического описания данных применялись медиана, 25 и 75 процентиля. Для проверки достоверности различия интенсивных показателей использовался точный критерий Фишера на уровне доверия $p = 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Из 140 обследованных пациентов было 58 мужчин (41%) и 82 женщины (59%). Возраст мужчин – 61 (55÷68) год, женщин – 65 (58÷75) лет.

Высокий сердечно-сосудистый риск имели 6,3% пациентов, очень высокий – 93,6%.

ОИМ в анамнезе был у 30,0%, ОНМК – у 22,8%, ПНМК – 13,6%, ОКС – 18,6%. На момент осмотра облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей был выявлен у 11,4%, СД 2 у 40,0%, СД 1 с нефропатией у 1,4%.

Ожирение наблюдалось у 40,7% пациентов, из них 1 степень у 63,1%, 2 – у 28,1%, 3 – у 8,8%.

Артериальная гипертензия наблюдалась у 89,3% пациентов выборки. Из них АГ I стадии диагностирована у 1,4%, II – у 19,3%, III – у 69,3%. 1 степень АГ выявлена у 9,3%, 2 – у 40,7%, 3 – у 40,0%.

ХСН была выявлена у 39,3% пациентов выборки. Стадии ХСН распределялись следующим образом: I – 20,0%, ПА – 60,0%, ПБ – 15,0%. I функциональный класс ХСН диагностирован у 15,3%, II – у 55,9%, III – у 25,4%, IV – у 3,4%.

Стабильная стенокардия напряжения выявлена у 34,3% пациентов, из них I функциональный класс – у 10,4%, II – у 75,0%, III – у 14,6%.

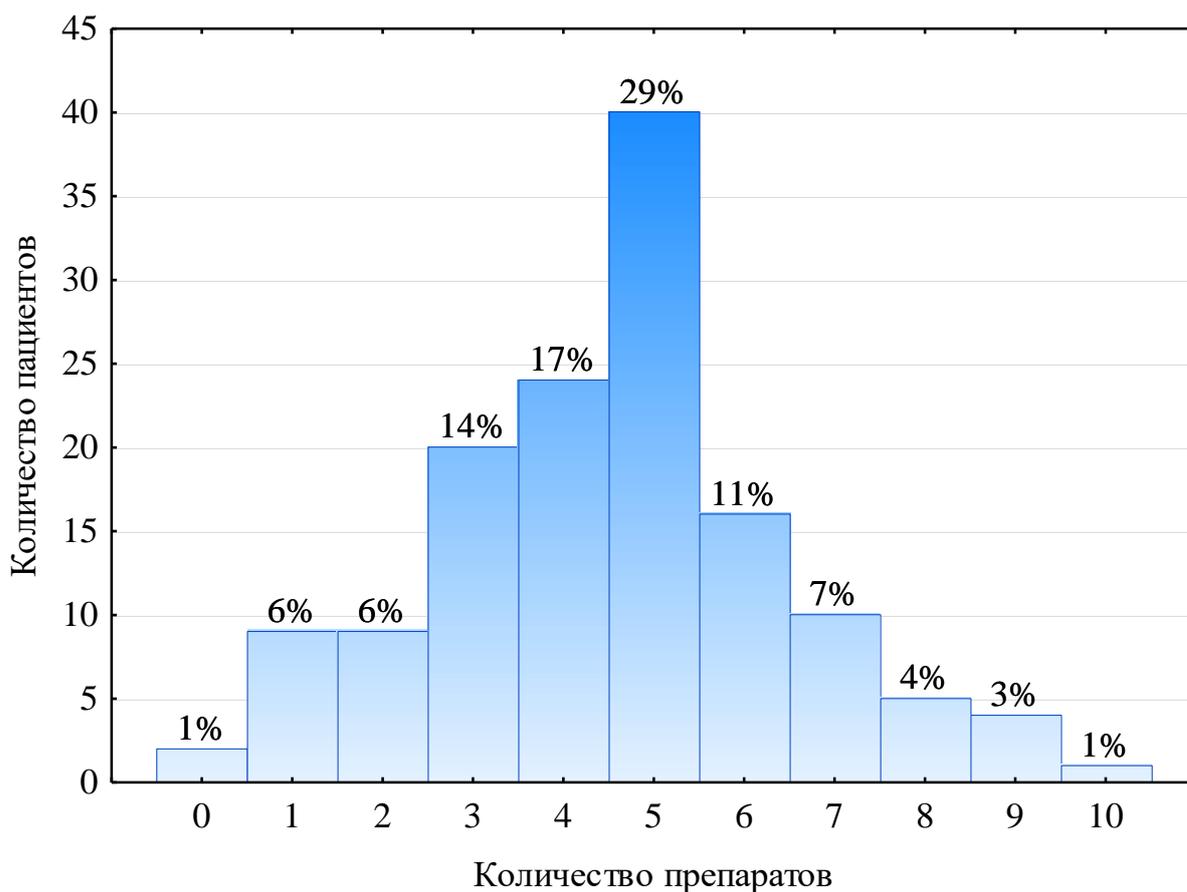
Частота выявления прочей соматической патологии приведена на рис. 1. Ожидается, выявлен статистически значимо больший уровень распространённости бронхиальной астмы и остеоартроза среди женщин и хронической обструктивной болезни лёгких среди мужчин.

Рис. 1 – Частота встречаемости соматической патологии у пациентов выборки. Значимые ($p < 0,05$) различия между мужчинами и женщинами указаны знаком «*»



Медиана количества лекарственных средств, получаемых пациентами, составила 5 (3 ÷ 6) (см. рис. 2).

Рис. 2 – Гистограмма распределения количества препаратов, принимаемых пациентами



Полипрагмазия, т. е. одновременный приём 5 и более препаратов, наблюдался у 77 пациентов (55,0%).

Ингибиторы АПФ назначены 47,9% пациентов, блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) – 30,7%. 5% пациентов выборки получали нерациональную комбинацию «иАПФ + БРА».

Тиазидные диуретики получали 27,1% пациентов, петлевые – 2,9%, спиронолактон – 5,0%. Всего терапия диуретиками проводилась у 33,2%. Одновременный приём тиазидных и петлевых диуретиков у пациентов выборки не был выявлен.

Бета-адреноблокаторы получали 50,7% пациентов.

Дигидропиридиновые антагонисты кальция получали 22,1%, верапамил – 1,4%.

Статины назначены 87,9% пациентов, из них 28,7% принимали симвастатин, 57,4% – аторвастатин, 13,8% – розувастатин.

Антиагреганты назначены 57,1%, из них 90,0% – ацетилсалициловую кислоту, 13,8% – клопидогрел, 1,3% – тикагрелор. Двойную антитромбоцитарную терапию получали 5,0%. Антикоагулянты назначены 5,0%.

Нитраты пролонгированного действия и нитратоподобные средства получали 2,1%. Ивабрадин в качестве антиангинального средства был назначен 6,4%.

Противодиабетические средства получали 33,6% и у 6,4% пациентов была инсулинопотребность. Левотироксин натрия получали 4,3%.

Нестероидные противовоспалительные средства требовались 12,1% пациентам из данной выборки. Отмечается более высокая потребность в этих препаратах у

женщин (25,6%), чем у мужчин (10,3%), что можно связать с большей встречаемостью остеоартроза среди женщин.

Ингибиторы протонной помпы принимали 7,9%.

Ингаляционные М-холиноблокаторы получали 3,6%, ингаляционные бета-2-адреномиметики – 6,4%, ингаляционные глюкокортикостероиды – 5,7%.

Метаболическую терапию ССЗ получали 2,9% пациентов.

Выводы.

Наблюдается достигающая 100% частота коморбидности среди пациентов высокого и очень высокого ССР; среди неё выявляется значимая доля заболеваний, входящих в состав метаболического синдрома (сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия и ожирение). Уровень полипрагмазии в исследованной выборке составил 55,0%; значительная доля пациентов принимает несколько препаратов для лечения артериальной гипертензии, ИБС и сахарного диабета.

Литература

1. Gnjidic D, Hilmer S.N., Blyth F.M., Naganathan V., Waite L., Seibel M.J., McLachlan A.J., Cumming R.G., Handelsman D.J., Le Couteur D.G. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes // J Clin Epidemiol. 2012. №9 (65).

2. Бойцов С.А., Якушин С.С., Марцевич С.Ю., Лукьянов М.М., Никулина Н.Н., Загребельный А.В., Воробьев А.Н., Переверзева К.Г., Правкина Е.А., Деев А.Д., Андреев Е.Ю., Ершова А.И., Мешков А.Н., Мясников Р.П., Сердюк С.Е., Харлап М.С. Амбулаторно-поликлинический регистр сердечно-сосудистых заболеваний в Рязанской области (РЕКВАЗА): основные задачи, опыт создания и первые результаты // РФК. 2013. №1 (1).

3. Власова Т.В., Шкарин В.В., Соловьева Е.В., Романова С.В., Макарова Т.Ю. Кардиоваскулярные и гастроинтестинальные связи: прогностическая значимость для коморбидного больного // МС. 2017. №7.

4. Д.А. Сычев, В.А. Отделенов, Н.М. Краснова, Е.С. Ильина. Полипрагмазия: взгляд клинического фармаколога // Терапевтический архив. 2016. №12.

5. Казаков А.С., Лепяхин В.К., Астахова А.В. Осложнения фармакотерапии, связанные с взаимодействием лекарственных средств // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2013. №3.

6. Чу Сяоян, Киргизова О.Ю. Метаболический синдром: некоторые итоги и перспективы решения проблемы // Acta Biomedica Scientifica. 2016. №5 (111).