Пациент с мультиморбидностью и полипрагмазией: роль интерниста в эпоху узкой специализации

д.мед.н. Моногарова Н.Е., д.мед.н. Пацкань И.И.,
к.мед.н. Шалаева И.В., к.мед.н. Крюк М.А.,
к.мед.н. Колкина В.Я., Дьячкова Л.Ю.

г. Донецк – 2026г.

Пациент, которого не видит ни один узкий специалист

5–10 хронических диагнозов одновременно

Соответствующее количество препаратов

Персонализация и доказательный подход — провозглашены, но…

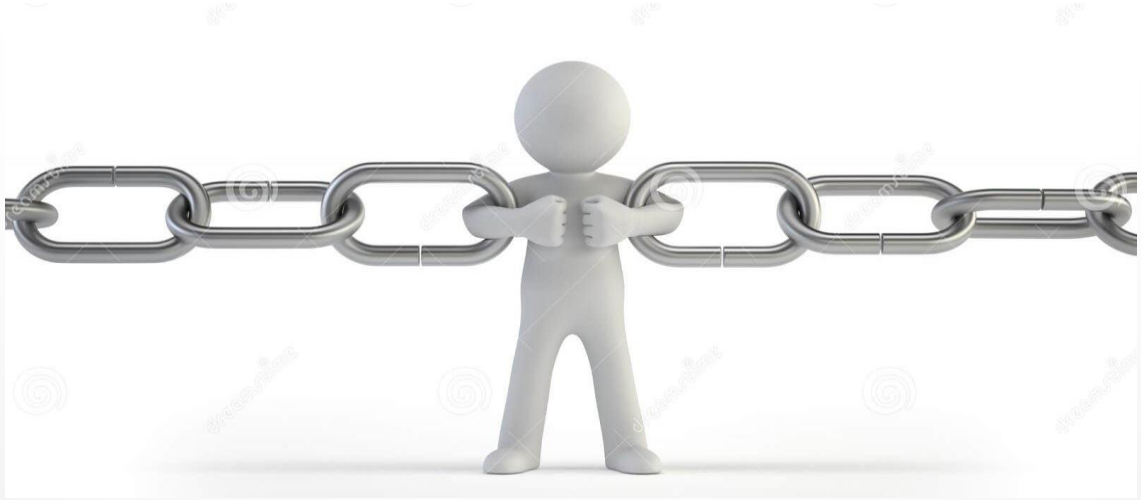
…пациент с мультиморбидностью оказывается вне зоны оптимальной помощи



Интернист — не «врач общего профиля» по остаточному принципу

Единственная специальность, чья компетенция по определению направлена на интеграцию

В условиях фрагментации помощи интегративная функция приобретает критический статус



Масштаб проблемы: не просто «много болезней»



Мультиморбидность и полипрагмазия: разброс оценок

Показатель	Диапазон (65+)
Мультиморбидность	**4,8% – 93,1%**
Полипрагмазия	**2,6% – 86,6%**

Разброс — следствие различий в определениях, выборке (клиника vs. популяция), методах сбора данных

Даже нижние границы выходят за пределы отдельных специальностей

Обоснованная vs. проблемная полипрагмазия

Обоснованная	Проблемная
Каждый препарат показан	Назначения не соответствуют показаниям
Польза превышает риск	Риск превышает пользу
Режим переносим	Комбинации опасны / режим непереносим

Проблемная полипрагмазия → рост НЛР, госпитализаций, смертности, затрат

Число таблеток само по себе — не порок и не цель

Что реально предсказывает приверженность?

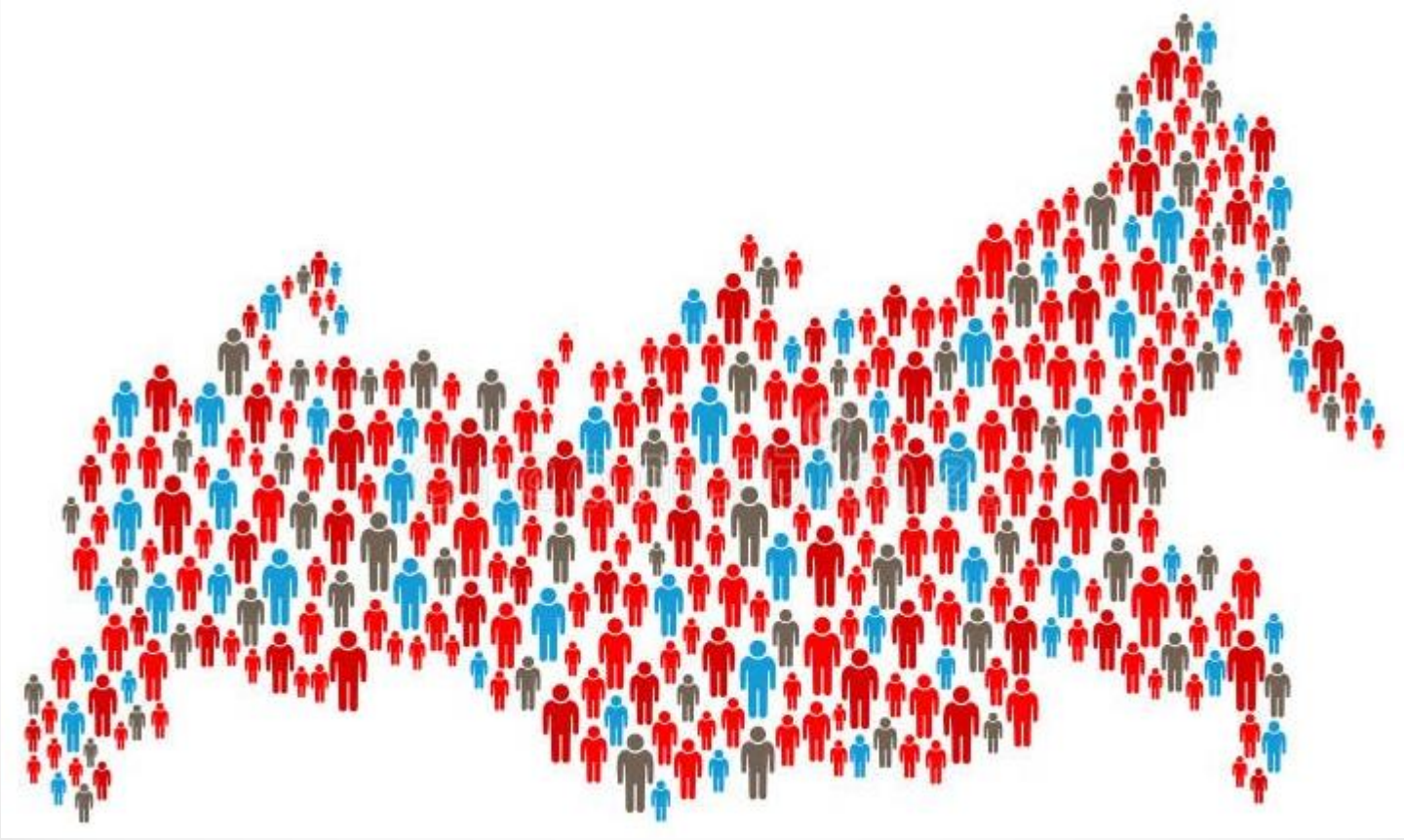
- Не количество таблеток
- Не число диагнозов
- Не потенциальные лекарственные взаимодействия

Субъективное бремя лечения — единственный фактор, напрямую связанный со снижением приверженности.

Полипрагмазия — проблема фармакологическая, психологическая и организационная



Российский контекст: демография, данные, инструменты

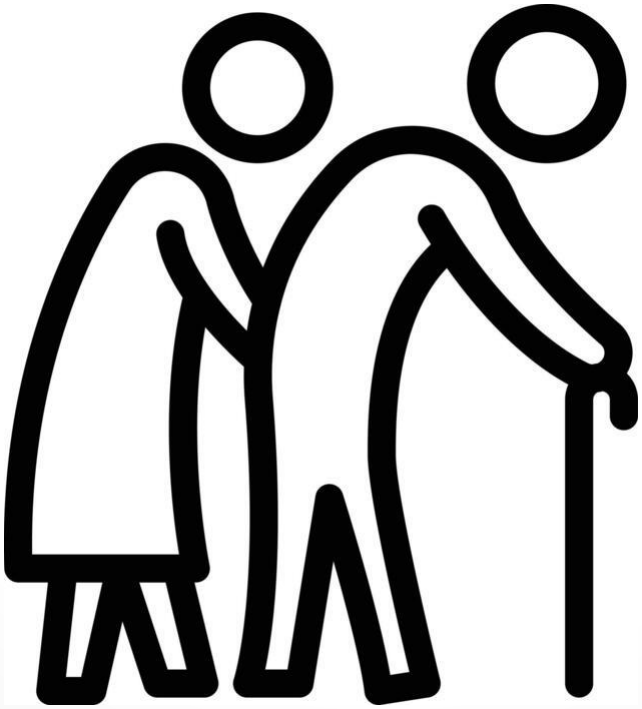


Россия: доля пожилых растёт

Лица старше 65 лет — **21,8%** населения (2019)

Доля продолжает расти

Устойчивый демографический базис для мультиморбидности и лекарственной нагрузки



Монозаболевание-ориентированные руководства не решают проблему

Клинические рекомендации по одному заболеванию «не всегда затрагивают вопросы координации помощи при полиморбидности и полипрагмазии»

Реальность: пациент одновременно получает рекомендации от кардиолога, эндокринолога, нефролога

Рекомендации могут не согласовываться между собой



Полипрагмазия у лиц 65+ (РМЖ. Медицинское обозрение, 2025)

Число препаратов	Доля лиц 65+
≥1 препарат	90%
>5 препаратов	30–50%
≥10 препаратов	10–20%

Риск нежелательных лекарственных реакций растёт с числом препаратов

Число препаратов	Риск НЛР
2	13%
5	58%
≥8	100%

Пороговые значения и реальная практика

Эндокринологический стационар: у пациентов 65+ порог — **11+ препаратов**; в этой группе вероятность потенциально опасных комбинаций — **83%**

ХСН, многопрофильный стационар: ~2/3 пожилых получают **>8 препаратов**; **>70%** — высокий риск НЛР по шкале GerontoNet

Парадокс: *терапия соответствует рекомендациям по каждому заболеванию, но создаёт неприемлемый риск для пациента*

Что есть в арсенале российского врача



Критерии STOPP/START v3 (190 критериев), критерии Бирса — признаны

Методические руководства «Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста» (РАГГ, РНМОТ, РКО и др.):



алгоритм «7 шагов» снижения риска полипрагмазии



шкала антихолинергической нагрузки

Проблема: *внедрение в рутинную практику неполное — врачи не знают или считают неудобными*

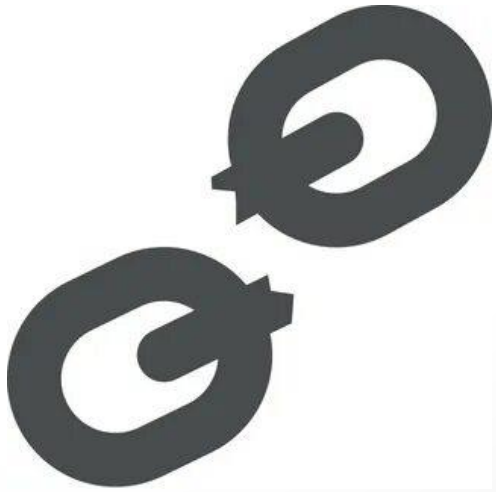
Фрагментация помощи при отсутствии единой информационной среды

Разрозненные назначения разных специалистов

Предлагаемое решение: единая медицинская информационная региональная система во всех субъектах РФ

Цель — «бесшовный механизм назначения лекарственной терапии»

Пока системы нет повсеместно → **интернист — ключевая фигура интеграции**



Что говорят свежие данные о «цене» нескоординированной помощи



American Journal of Managed Care, 2026

Пациенты 65+ с гиперполипрагмазией при поступлении:

- риск 30-дневной повторной госпитализации **+25%**
- — при отсутствии амбулаторного визита после выписки

При transitional care management риск существенно снижался

ТСМ применяется менее чем к каждому шестому нуждающемуся

Получили transitional care management: **14,8%** пациентов с гиперполипрагмазией

Вмешательство с доказанным эффектом — на практике недоступно

Это не фармакология. Это **организация помощи**

Ниша, где роль интерниста-координатора становится операциональной

STOPP/START: инструмент есть, но с ним не всё так просто



Что содержит версия 3 (2023)

190 критериев: **133 STOPP** + **57 START**

На ~67% больше, чем в версии 2

Отражает новые данные: ХСН, диабет, ХОБЛ, ингибиторы SGLT2

Критический анализ, European Geriatric Medicine, 2025

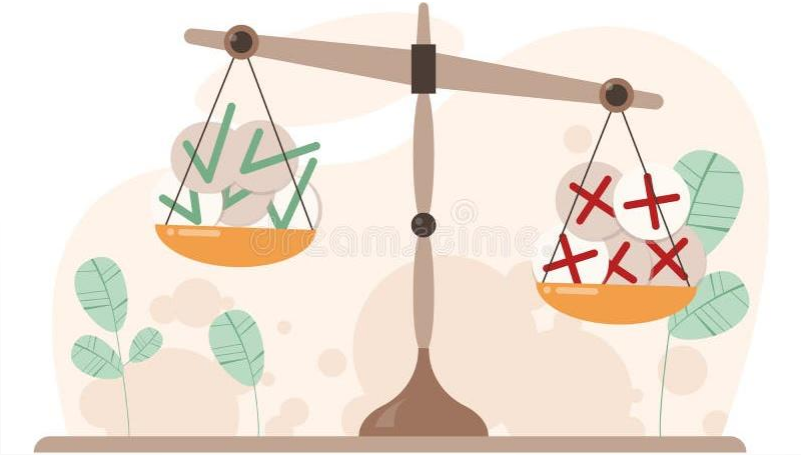
	Доказательства уровня I
Критерии STOPP	**43%**
Критерии START	**88%**

10 критериев STOPP (8%) вообще не имеют адекватной поддерживающей ссылки

START (назначение необходимого) — прочнее, чем STOPP (отмена)

Не священное писание, а рабочий инструмент

- Использовать осознанно, в контексте shared decision-making
- Не как механический чек-лист
- Взвешивание силы рекомендации против индивидуальных рисков пациента = интегративное клиническое мышление
- → Ещё один аргумент в пользу интерниста



Позиция FIMI: интернист как «золотой стандарт» координации



Ключевые положения



Интернист — ведущий провайдер комплексной помощи сложным и мультиморбидным пациентам



Создание клинических подразделений во главе с интернистами (кардиометаболические, мультиморбидные)



Координация мультидисциплинарных команд



Внедрение принципов High-Value Medicine

Эффективное использование ресурсов

Роль узкого специалиста незаменима — в глубине знания

Клинический сценарий:

- декомпенсация сердечной недостаточности
- прогрессирование диабетической нефропатии
- делирий на фоне бензодиазепинов

Ни один узкий специалист не обладает целостной картиной. **Интернист обладает.**

Функция «удержания целого» должна быть институционализирована

Голландское исследование (554 специалиста)

Кто должен координировать помощь мультиморбидному пациенту в стационаре?

- Чаще всего: **гериатр или интернист**

- Практически все интернисты заявили, что обладают компетенциями

- Проблема — **не в компетенциях, а в организационном мандате**



Депрескрайбинг: почему интернисту сложнее, но и ответственнее



Исследование attitudes towards deprescribing, 2025

Почему врачи не отменяют препараты, назначенные специалистами:

- страх рецидива симптомов
- боязнь жалоб
- отсутствие чётких руководств
- **восприятие специалиста как более авторитетного источника решения**

Кто задаст вопрос: «Нужен ли этот препарат прямо сейчас?»

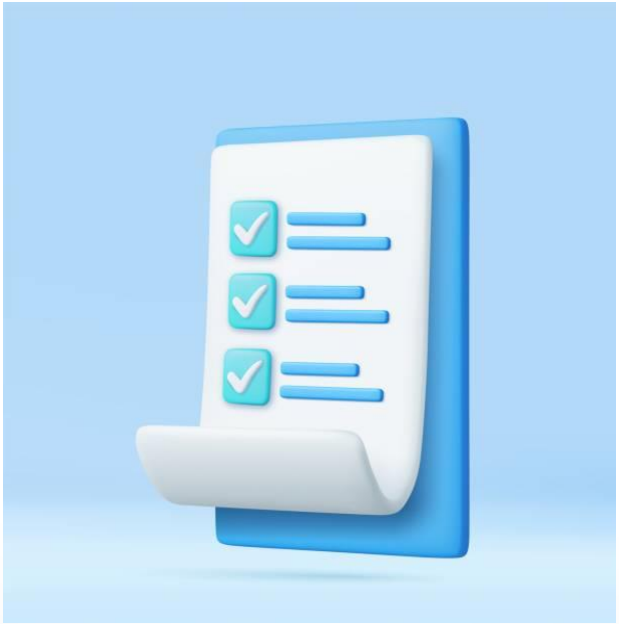
- Узкий специалист назначил ИПП или бензодиазепин 3 года назад по чёткому показанию
- Показание исчезло — препарат остался
- Ответственность за пересмотр может взять только тот, кто видит пациента целиком
- Интернист: и полномочие, и обязанность

Депрескрайбинг ≠ «сократить число таблеток»

- Отмена неоправданных назначений + назначение упущенного необходимого
- START (пропущенная терапия) имеет более прочную доказательную базу, чем STOPP
- Задача интерниста — оптимальный режим, где каждая таблетка имеет актуальное обоснование



Практические следствия: что это значит для нас здесь и сейчас



Что делать

Структурированная ревизия терапии при поступлении — не переписывать назначения. STOPP/START v3 — критически. В РФ — алгоритм «7 шагов» и шкала антихолинергической нагрузки.

Планирование выписки — не «продолжить терапию», а обеспечить преемственность (TCM).

Оценка бремени лечения — часть клинического интервью: «насколько тягостен сам режим?»

Институционализация роли интерниста — подразделения/консилиумы с фиксированной ответственностью. В РФ + единая МИС.

Интернист лечит пациента, а не болезнь

7 болезней, 12 препаратов → функция перестаёт быть абстракцией

Измеримые исходы: повторная госпитализация, приверженность, ятрогенные осложнения, качество жизни

Фрагментация опасна, координация эффективна, бремя лечения — клинически значимый параметр

Российский контекст: демографическое давление + разрыв рекомендаций + незавершённость информационной интеграции

Вопрос лишь в том, готовы ли мы признать эту функцию критической — и институционализировать её.

Интернист — специальность, созданная для того, чтобы удерживать целое

Благодарю за внимание!