

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОИДНЫХ
ОПУХОЛЕЙ

**Значение возраста и сопутствующих
заболеваний в терапии хронического
лимфолейкоза**

**В.В. Стругов¹, Е.А. Стадник^{1,2}, Ю.В. Вирц¹, Т.О. Силина¹,
А.Ю. Зарицкий^{1,2}**

¹ ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследова-
тельский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, ул. Аккура-
това, д. 2, Санкт-Петербург, Российская Федерация, 197341

² ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный меди-
цинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,
ул. Льва Толстого, д. 6/8, Санкт-Петербург, Российская Федерация,
197022

РЕФЕРАТ

Актуальность и цели. Новые схемы противоопухолевой терапии хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) привели к улучшению показателей выживаемости относительно молодых пациентов, результаты лечения больных старческого возраста по-прежнему остаются неудовлетворительными. Нельзя исключить, что определенную роль играет ошибочно завышенная оценка ожидаемой токсичности стандартных режимов терапии у некоторых пациентов пожилого возраста, приводящая к назначению менее эффективных схем терапии. В этой связи поиск объективных критериев стратификации рисков при ХЛЛ является актуальной задачей. Цель исследования — оценить прогностическое значение возраста и индекса CIRS-G у пожилых пациентов, получавших лечение по содержащим флударабин схемам в первой линии вне клинических исследований.

Методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 90 больных ХЛЛ, которым в период с 2001 по 2011 г. проводилась стандартная химиотерапия первой линии в режимах FC и FCR на базе клиники факультетской терапии ПСПбГМУ. Медиана возраста составила 59 лет (диапазон 43–78 лет). У каждого пациента был определен индекс коморбидности по шкале CIRS-G.

Результаты. Частота общего ответа на терапию в группах FC и FCR статистически значимо не различалась и составила 81,6 и 93,4 % соответственно ($p = 0,109$). Полные ремиссии были достигнуты у 72,3 % пациентов в группе FCR, а в группе FC — только у 46,5 % ($p = 0,018$). На основании ретроспективной оценки переносимости терапии у первичных пожилых пациентов с различным числом баллов по шкале CIRS-G в рутинной клинической практике показано, что индекс не имеет самостоятельного прогностического значения. Из всех компонентов

LYMPHOID
MALIGNANCIES

**Role of Patient's Age and Comorbidities in
Therapy of Chronic Lymphocytic Leukemia**

**VV Strugov¹, EA Stadnik^{1,2}, YuV Virts¹, TO Silina¹,
AYu Zaritskii^{1,2}**

¹ V.A. Almazov Federal North-West Medical Research Centre, 2
Akkuratova str., Saint Petersburg, Russian Federation, 197341

² Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University,
6/8 L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, Russian Federation, 197022

ABSTRACT

Background & Aims. New schemes of the antitumor therapy of CLL resulted in improvement of survival of relatively young patients. However, the therapy outcomes of elderly patients are still unsatisfactory. Erroneous overestimation of expected toxicity of standard therapeutic regimens in some elderly patients may play a certain role, thus leading to prescription of less effective regimens. Therefore, the urgent problem is to find objective criteria for risk stratification in CLL. The aim of the study is to evaluate the prognostic significance of patient's age and the CIRS-G index in elderly patients treated with fludarabine-containing regimens in first line treatment outside clinical trials.

Methods. A retrospective analysis of 90 elderly CLL patients, treated with standard FC and FCR regimens in the clinic of internal medicine of the First St. Petersburg State Medical University from 2001 till 2011. The age median was 59 years (range from 43 to 78 years). The comorbidity index was determined for each patient using the CIRS-G score.

Results. The overall response rate did not significantly differ between FC and FCR groups and was equal to 81.6 % and 93.4 %, respectively ($p = 0.109$). Complete remissions were achieved in 72.3 % of FCR group patients and only in 46.5 % of FC group patients ($p = 0.018$). The retrospective analysis of treatment tolerability in primary elderly patients with different CIRS-G scores in the routine clinical practice demonstrated that the index has no independent prognostic significance. Among all CIRS-G components (14 organs and systems), only renal and hepatic diseases demonstrated significant correlation with the overall survival rate ($p < 0.001$ and $p = 0.028$, respectively).

Conclusion. The creatinine clearance value in the beginning of treatment is the most important predictor of FC and

CIRS-G (14 органов и систем) только заболевания почек и печени статистически значимо коррелировали с общей выживаемостью ($p < 0,001$ и $p = 0,028$).

Заключение. Важнейшим предиктором эффективности режимов FC и FCR у пожилых больных является клиренс креатинина на момент начала лечения. Использование индекса коморбидности с порогом 6 баллов в качестве противопоказания для назначения терапии с флударабином не оправдано.

Ключевые слова: хронический лимфолейкоз, ХЛЛ, индекс коморбидности, CIRS-G, FCR.

Получено: 15 января 2016 г.

Принято в печать: 3 февраля 2016 г.

Для переписки: Владимир Владимирович Стругов, научный сотрудник, ул. Акkuratова, д. 2, Санкт-Петербург, Российская Федерация, 197341; тел.: +7(906)277-86-64; e-mail: strugov@almazovcentre.ru

Для цитирования: Стругов В.В., Стадник Е.А., Вирц Ю.В. и др. Значение возраста и сопутствующих заболеваний в терапии хронического лимфолейкоза. Клиническая онкогематология. 2016;9(2):162–75.

DOI: 10.21320/2500-2139-2016-9-2-162-175

FCR regimen efficacy in elderly patients. The use of the comorbidity index with a 6-score threshold as a contraindication for fludarabine-containing regimens proved to be unjustified.

Keywords: chronic lymphocytic leukemia, CLL, comorbidity index, CIRS-G, FCR.

Received: January 15, 2016

Accepted: February 3, 2016

For correspondence: Vladimir Vladimirovich Strugov, scientific worker, 2 Akkuratova str., Saint Petersburg, Russian Federation, 197341; Tel.: +7(906)277-86-64; e-mail: strugov@almazovcentre.ru

For citation: Strugov VV, Stadnik EA, Virts YuV, et al. Role of Patient's Age and Comorbidities in Therapy of Chronic Lymphocytic Leukemia. Clinical oncohematology. 2016;9(2):162–75 (In Russ).

DOI: 10.21320/2500-2139-2016-9-2-162-175

ВВЕДЕНИЕ

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) — наиболее распространенный вариант лейкоза среди взрослого европеоидного населения. Медиана возраста первичных больных ХЛЛ достигает 72 лет, т. е. пик заболеваемости приходится на период хронологической старости (рис. 1). Рост продолжительности жизни («старение») населения приводит к увеличению распространенности ХЛЛ [1]. К сожалению, сведения о демографии ХЛЛ в РФ отсутствуют, однако по данным крупнейших зарубежных онкологических регистров, 70 % пациентов заболевают в возрасте старше 65 лет, а 43 % — старше 75 [2]. Если учесть, что от момента постановки диагноза до начала специфической терапии, как правило, проходит 2–3 года, а ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 65 лет превышает 10 лет [3], становится понятно, что лечение ХЛЛ требует знания основ гериатрической онкологии и гематологии.

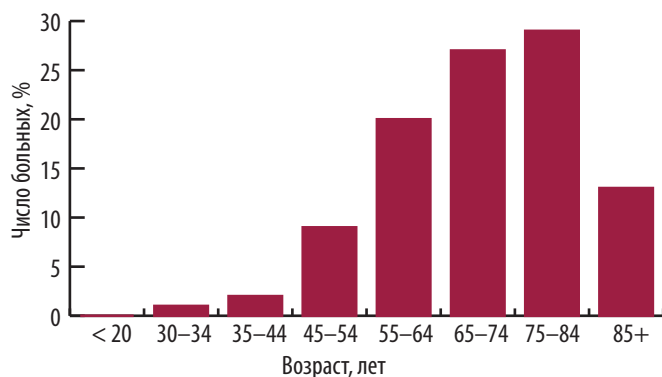


Рис. 1. Распределение больных хроническим лимфолейкозом по возрасту ко времени постановки диагноза (SEER, 2013 г.)

Fig. 1. Age distribution of chronic lymphocytic leukemia patients at the moment of diagnosing (SEER, 2013)

Используемые в настоящее время схемы лечения ХЛЛ позволяют добиться эрадикации минимальной остаточной болезни, однако они обладают сравнительно высокой токсичностью, особенно у пожилых пациентов. Клинический опыт свидетельствует, что отсутствие отбора больных приводит к увеличению побочных явлений и ухудшению результатов лечения в старших возрастных группах [4]. С другой стороны, в последнее время показано, что пациенты старшего возраста с удовлетворительным соматическим статусом могут хорошо переносить даже относительно интенсивную терапию, получая преимущество в общей выживаемости [5].

В действительности пожилые пациенты представляют собой разнородную популяцию. Хотя и преклонный возраст в целом связан со снижением функции многих органов и систем, психоэмоциональными и когнитивными нарушениями, а также ухудшением адаптационных возможностей организма, значительная часть пожилых людей ведет активную жизнь и не испытывает существенных проблем со здоровьем (в англоязычной литературе их называют «go-go»). С другой стороны, некоторые люди даже в относительно молодом возрасте имеют низкий функциональный статус и сниженную устойчивость к минимальным стрессовым воздействиям, что соответствует определению («no go»). Кроме того, можно выделить промежуточную группу пациентов с относительно сохранным соматическим статусом и умеренно сниженным функциональным статусом («slow go»).

Такое разделение, предложенное германской группой по изучению ХЛЛ (DCLLSG), активно используется в современных рекомендациях. Целесообразность его применения на практике заключается в необходимости адаптировать цели и, соответственно, интенсивность лечения к ожидаемой продолжительности жизни и прогнозируемому количеству побочных эффектов у конкретного пациента. Например, только больным в категории «no go» оправдано проведение паллиативной терапии. Поиск объективных критериев, позволяющих отнести больного

к одной из групп, а также создание оптимальных, с позиций доказательной медицины, алгоритмов лечения еще не закончены. Отчасти из-за этого, несмотря на улучшение показателей выживаемости у более молодых пациентов, продолжительность жизни пожилых больных за последние годы существенно не изменилась [6].

В настоящее время экспертный консенсус заключается в том, что одним из ключевых критериев оценки состояния пожилого пациента является количество и тяжесть сопутствующих заболеваний [7, 8]. Известно, что пациенты старше 65 лет имеют не менее одного дополнительного диагноза, а в возрасте старше 75 лет медиана числа сопутствующих заболеваний достигает 4,2 [9]. Следует отметить, что примерно у 45 % больных ХЛЛ на момент установления лейкоза имеется как минимум одно серьезное сопутствующее заболевание (рис. 2) [10, 11]. Связь их количества с показателями выживаемости была показана в ряде наблюдений [12]. В. Eichhorst и соавт. приводят несколько объяснений этого феномена [13]. Во-первых, сопутствующие заболевания могут служить противопоказанием к назначению оптимального варианта терапии; так, например, почечная недостаточность не позволяет использовать содержащие флударабин режимы. Во-вторых, возможно увеличение токсичности стандартных вариантов терапии за счет лекарственных взаимодействий или ухудшения течения хронических заболеваний (например, анемия на фоне ишемической болезни сердца может провоцировать развитие инфаркта миокарда). В-третьих, часть летальных исходов является следствием исключительно сопутствующей патологии и не имеет отношения к течению основного заболевания. Тем не менее она ухудшает определенные результаты лечения.

Стремление получить объективный инструмент оценки коморбидного фона привело к появлению целого ряда специализированных шкал. В настоящее время можно констатировать, что ни одна из них не является одновременно универсальной, простой, воспроизводимой и апробированной в рутинной клинической практике. В клинических исследованиях DCLLSG широко применяется гериатрическая версия кумулятивного индекса коморбидности CIRS-G (см. приложение) [14]. В ней тяжесть сопутствующих заболеваний оценивается по 14 органам и системам. При этом в каждом из подразделов

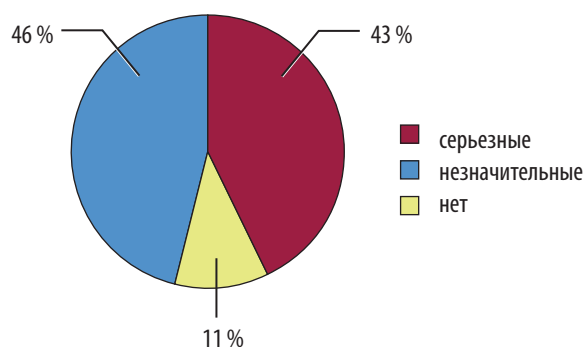


Рис. 2. Структура сопутствующих заболеваний у пациентов с хроническим лимфолейкозом на момент установления диагноза (цит. по [10])

Fig. 2. The structure of comorbidities in patients with chronic lymphocytic leukemia at the moment of diagnosing (cited according to [10])

имеется 5 уровней нарушения функции с краткой аннотацией, позволяющей присвоить имеющимся у пациента заболеваниям и состояниям от 1 до 4 баллов. Считается, что если сумма баллов по всем подразделам превышает 6, больной имеет существенный уровень коморбидности и не подходит для интенсивной терапии. Относительная сложность CIRS-G, ее известная избыточность, а также недостаточная валидация порога 6 баллов приводят к тому, что она редко используется вне клинических исследований [15]. Согласно российским рекомендациям, «в реальной клинической практике оценка кумулятивного индекса коморбидности не требуется» [16].

Интегральным показателем состояния пациента, дополняющим индекс коморбидности, является соматический статус, который оценивается по шкалам ECOG и Карновского. Обычно с соматически сохранным статусом считаются пациенты с показателем ECOG 0–2 балла. Однако нужно учитывать, что снижение функционального статуса может быть обратимым следствием основного заболевания. Кроме того, наиболее часто используемая в гематологии шкала ECOG недостаточно точно характеризует состояние пожилых пациентов [17]. Более объективную картину дают различные гериатрические индексы, такие как шкалы комплексной (CGA) и гематологической (GAN) гериатрической оценки [18]. К сожалению, анализ состояния по этим шкалам является долгой и трудоемкой процедурой, в связи с чем использование их в рутинной практике ограничено.

В настоящей работе мы попытались оценить прогностическое значение возраста и индекса CIRS-G у пожилых пациентов, получавших лечение по содержащим флударабин схемам в первой линии вне клинических исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 90 больных ХЛЛ, которым в период с 2001 по 2011 г. проводилась стандартная химиотерапия первой линии в режимах FC и FCR на базе клиники факультетской терапии ПСПбГМУ. Часть пациентов наблюдалась в отделении онкогематологии СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова. Специального отбора больных не проводилось.

Характеристика пациентов представлена в табл. 1 [19]. Медиана возраста составила 59 лет (диапазон 43–78 лет). Мужчин было в 2 раза больше, чем женщин, что соответствует эпидемиологическим данным. В процессе анализа у каждого пациента был определен спектр сопутствующих заболеваний ко времени начала лечения и рассчитан индивидуальный индекс коморбидности по шкале CIRS-G [20]. Дополнительно проведен расчет клиренса креатинина по формуле Кокрофта—Голта.

Статистический анализ выполнялся в программном пакете SPSS, версия 17. Бессобытийная выживаемость рассчитывалась от момента начала лечения до даты подтверждения прогрессии заболевания, назначения нового варианта терапии или смерти больного. Общая выживаемость оценивалась от момента начала терапии до даты летального исхода или даты последнего обращения к врачу. Показатели выживаемости сравнивались с помощью лог-рангового критерия. Для оценки влияния различных прогностических факторов на выживаемость в зависимости от типа переменной использовались

Таблица 1. Характеристика пациентов [19]

Показатель	Все	FC	FCR	<i>p</i>
Число пациентов	90	43	47	
Медиана (диапазон) возраста, лет	59 (43–78)	58 (44–78)	59 (43–73)	0,698
≥ 65	30	16	14	
≥ 70	9	5	4	
Мужской пол	59 (66 %)	31 (72 %)	28 (60 %)	0,212
Медиана (диапазон) индекса CIRS-G, баллы	4 (0–10)	4 (0–10)	4 (0–8)	0,613
≤ 6	69	34	35	0,606
> 6	21	9	12	
Клиренс креатинина < 90 мл/мин	62	30	32	0,192
Медиана (диапазон) времени до начала терапии, мес.	18,5 (0–137)	29 (1–82)	15 (0–137)	0,440
Лейкоциты (медиана, диапазон), ×10 ⁹ /л	61,2 (6,4–300)	88,4 (13–300)	40 (6,4–300)	< 0,001
Стадии по Rai				
I	7	1	6	0,005
II	54	21	33	
III	6	5	1	
IV	23	16	7	
Стадии по Binet				
A	7	2	5	0,003
B	54	20	34	
C	29	21	8	
Внутрибрюшная и забрюшинная лимфаденопатия				
Имеется	45	28	17	0,006
Отсутствует	45	15	30	
Уровень экспрессии CD38				
≥ 30 %	32	17	15	0,050
< 30 %	34	10	24	
Неизвестен	24	16	8	
Мутационный статус IgHV-генов				
Немутированный	28	16	12	0,400
Мутированный	18	8	10	
Неизвестен	44	19	25	

тесты Манна—Уитни, Фишера и χ^2 . Медиана времени наблюдения составила 85 мес. Уровень статистической значимости принят как $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровень общего ответа на терапию в группах FC и FCR статистически значимо не различался и составил 81,6 и 93,4 % соответственно ($p = 0,109$). Полные ремиссии были достигнуты у 72,3 % пациентов в группе FCR, а в группе FC — только у 46,5 % ($p = 0,018$). Минимальная остаточная болезнь не оценивалась. Показатели выживаемости были существенно лучше в группе больных, которым проводилось лечение в режиме FCR. Примечательно, что 66 % пациентов в группе FCR оставались под наблюдением на момент последнего контроля, в то время как в группе FC летальность к этому времени составила 80 %.

Пациентам моложе и старше 65 лет было проведено приблизительно одинаковое число курсов терапии (табл. 2). Сравнительный анализ у пациентов моложе и старше 65 лет не показал различий в бессобытийной и общей выживаемости как во всей выборке, так и в подгруппе, получавшей лечение в режиме FC. В то же время

Таблица 2. Результаты лечения пациентов с хроническим лимфолейкозом моложе и старше 65 лет

Показатель	< 65 лет	≥ 65 лет	<i>p</i>	
Число пациентов	60	30		
Медиана числа курсов терапии	6	6		
Медиана CIRS-G, баллы	4	7	< 0,001	
Клиренс креатинина < 70 мл/мин	11	9	0,209	
< 90 мл/мин	37	25	0,097	
Режим терапии FC	27	16	0,507	
FCR	33	14		
Медиана БСВ, мес.	Все	31	28	0,362
FC	16	24	0,378	
FCR	64	28	0,115	
Медиана ОВ, мес.	Все	61	56	0,116
FC	41	45	0,923	
FCR	НД	56	0,025	

БСВ — бессобытийная выживаемость; ОВ — общая выживаемость; НД — нет данных.

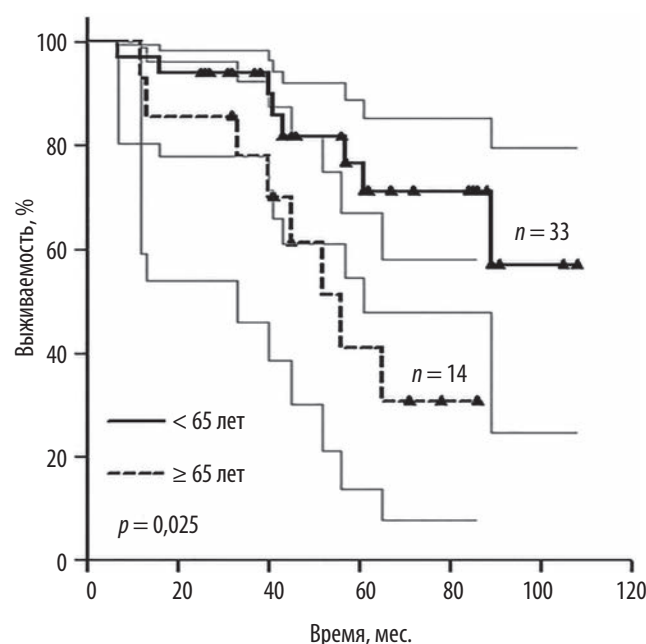


Рис. 3. Кривые выживаемости пациентов различных возрастных групп, получавших лечение по схеме FCR

Fig. 3. Survival curves for different age groups treated with the FCR regimen

в подгруппе FCR медиана общей выживаемости была статистически значимо ниже у более пожилых больных (рис. 3). Таким образом, пожилой возраст ухудшал показатели выживаемости только в группе пациентов, получавших более интенсивную терапию.

Для того чтобы оценить вклад сопутствующей патологии в показатели выживаемости, мы сравнили распределение пациентов с высоким индексом коморбидности по шкале CIRS-G. Медиана индекса для всей выборки составила 4 балла (диапазон 0–10 баллов). При этом у 70 (78 %) пациентов индекс был выше 3 баллов, у 21 (23 %) — выше 6 баллов. Таким образом, значительная часть больных не соответствовала критериям включения исследования CLL8 [5].

Пациенты старше 65 лет имели более высокий индекс коморбидности — 7 vs 4 балла у более молодых больных ($p < 0,001$). Однако мы не получили статистически значимой связи между индексом CIRS-G, бессобытийной

и общей выживаемостью, в т. ч. при использовании пороговых значений 3 и 6 баллов (табл. 3). Отсутствие прогностической значимости отмечалось в обеих терапевтических группах ($p = 0,203$). Помимо этого отсутствовала корреляция между числом баллов по шкале CIRS-G и количеством проведенных курсов терапии. Наконец, пациенты с высоким индексом коморбидности (> 6 баллов), получавшие лечение по схеме FCR, имели даже более высокую медиану выживаемости без прогрессирования (47 vs 25 мес.; $p = 0,003$) и общую выживаемость (89 vs 53 мес.; $p = 0,011$) по сравнению с пожилыми больными, получавшими лечение в режиме FC.

Поскольку индекс CIRS-G оказался недостаточным предиктором выживаемости, мы попытались оценить прогностическую значимость отдельных его компонентов. Из 14 органов и систем только заболевания почек и печени статистически значимо коррелировали с общей выживаемостью ($p < 0,001$ и $p = 0,028$). Мы предположили, что клиренс креатинина может иметь самостоятельное прогностическое значение, сравнимое с индексом почечной коморбидности по шкале CIRS-G. Действительно, у пациентов со снижением клиренса креатинина менее 70 мл/мин и даже менее 90 мл/мин имели место более низкие показатели общей выживаемости (медиана 43 и 61 мес.; $p < 0,001$) (рис. 4). Примечательно, что среди пациентов старше 65 лет в группе FCR у всех имелось снижение клиренса креатинина менее 90 мл/мин, в то время как в группе FC преобладали пациенты с нормальной почечной функцией. В связи с этим мы полагаем, что снижение общей выживаемости среди пожилых пациентов в группе FCR нашей выборки объясняется нарушением фильтрационной функции почек.

Негативный прогностический вклад сопутствующих заболеваний печени можно объяснить случаями ($n = 5$) реактивации оккультного гепатита В с фульминантным течением, которые имелись у пациентов, получавших лечение по схеме FCR. Как правило, у таких пациентов отмечалось незначительное повышение печеночных ферментов перед началом лечения. Современные рекомендации предусматривают более детальный скрининг HBV-инфекции при назначении ритуксимаба [21].

Анализ токсических осложнений химиотерапии для части пациентов был опубликован ранее при описании более крупной когорты больных [22]. К сожалению, нам не удалось проанализировать осложнения терапии у всех пациентов в настоящей выборке. Частота нейтропении была выше у пожилых пациентов, особенно в подгруппе FCR (данные не представлены).

Исход был летальным у 51 больного. Основными причинами летальных исходов были инфекции во время проведения последующих линий химиотерапии ($n = 24$), прогрессирование заболевания ($n = 9$), вторые опухоли

($n = 6$, преимущественно в подгруппе FC) и синдром Рихтера ($n = 2$). Особенно высокой была летальность, связанная с активацией гепатита В ($n = 5$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гериатрическая проблематика в полной мере представлена в практике гематологов, занимающихся лечением больных ХЛЛ. Хотя появление новых схем терапии и привело к улучшению показателей выживаемости относительно молодых пациентов, результаты лечения больных старческого возраста по-прежнему остаются неудовлетворительными. Возраст сохраняет отрицательное значение в структуре современных прогностических шкал, предложенных MDACC [23] и DCLLSG [24].

Поскольку различия в биологии заболевания в разных возрастных группах не описаны [25], основной причиной ухудшения выживаемости может быть недостаток вариантов терапии для лечения пациентов со сниженным соматическим статусом и клинически значимыми сопутствующими заболеваниями. Кроме того, нельзя исключить, что определенную роль играет ошибочно завышенная оценка ожидаемой токсичности стандартных режимов терапии у некоторых пациентов пожилого возраста, приводящая к назначению менее эффективных схем терапии. В этой связи поиск объективных критериев стратификации рисков является актуальной задачей.

Многие авторы предлагают использовать гериатрическую версию кумулятивного индекса коморбидности (CIRS-G) в качестве одного из критериев для назначения пожилым пациентам схем на основе флударабина. В нашей работе мы провели ретроспективную оценку переносимости данной терапии у первичных пожилых пациентов с различным числом баллов по шкале CIRS-G в рутинной клинической практике и показали, что индекс не имеет самостоятельного прогностического значения. Таким образом, он не может быть использован для выбора терапевтической тактики.

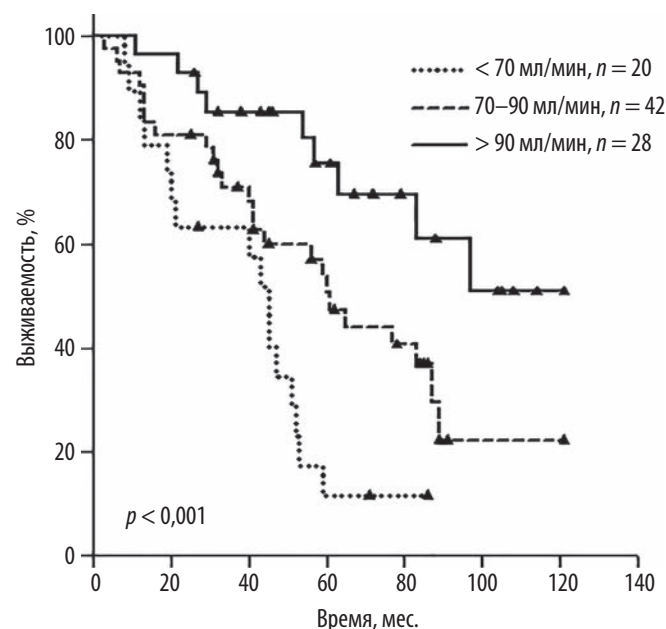


Рис. 4. Общая выживаемость в группах пациентов с различным значением клиренса креатинина

Fig. 4. Overall survival rate in patient groups with different creatinine clearance values

Таблица 3. Результаты лечения хронического лимфолейкоза с учетом индекса коморбидности

Показатель	CIRS-G ≤ 6	CIRS-G > 6	p
	баллов	баллов	
Число пациентов	69	21	
Медиана (диапазон) возраста, лет	57 (43–78)	66 (50–72)	< 0,001
Число неблагоприятных событий	51 (74 %)	15 (71 %)	0,822
Число летальных исходов	39 (57 %)	12 (57 %)	0,960
Медиана БСВ, мес.	25	39	0,679
Медиана ОВ, мес.	57	77	0,991

БСВ — бессобытийная выживаемость; ОВ — общая выживаемость.

По всей вероятности, причиной этого служит тот факт, что шкала CIRS-G учитывает многие нозологии, которые в действительности мало влияют на функциональный статус и переносимость терапии. К таким состояниям относятся, например, гиперлипидемия, катаракта, снижение слуха, запор, геморроидальные кровотечения, перенесенная холецистэктомия, микролиты мочевыводящей системы, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, остеоартроз крупных суставов, избыточная масса тела, хронические заболевания щитовидной железы и многие другие. Комбинация из нескольких таких сопутствующих состояний поднимает индекс выше порогового уровня, и при формальном подходе больной может быть ошибочно исключен из числа кандидатов на интенсивную терапию.

С другой стороны, индекс CIRS-G недооценивает роль некоторых состояний, существенно влияющих на токсичность химиопрепаратов. Нарушение функции почек, которое приводит к замедлению элиминации метаболитов флударабина и циклофосфида, широко распространено среди пожилых. Снижение расчетного клиренса креатинина менее 60 мл/мин отмечается у 38 % пациентов старше 70 лет [26], а частота хронических заболеваний почек среди госпитализированных пациентов терапевтического профиля, по российским данным, достигает 48 % [27]. В настоящей работе показана корреляция между клиренсом креатинина менее 90 мл/мин и снижением показателей общей и бессобытийной выживаемости при использовании режимов FC и FCR. На наш взгляд, это связано с увеличением миелотоксичности, инфекционных осложнений и, соответственно, незапланированных перерывов противоопухолевого лечения. Независимая от возраста прогностическая роль клиренса креатинина показана в исследовании CALGB 9011 [28]. Сходные данные получены в работе A.S. Michallet и соавт. [29].

В последние годы возможности лечения пожилых пациентов (в т. ч. со сниженной фильтрационной функцией почек) существенно расширились за счет появления новых высокоэффективных и малотоксичных препаратов. Хорошей альтернативой режиму FCR является комбинация бендамустина с ритуксимабом [30]. В исследовании CLL10 показано, что у пациентов с соматически сохранным статусом старше 65 лет режимы FCR и BR одинаково эффективны при меньшей токсичности последнего [31]. Недавно V. Goede и соавт. сообщили результаты применения комбинации хлорамбуцила с обинутузумабом у пациентов с индексом CIRS-G > 6 баллов и/или снижением клиренса креатинина [32]. Медиана возраста в данном исследовании составила 73 года. Схема позволила добиться полной ремиссии у 22,3 % пациентов и улучшить выживаемость без прогрессирования в сравнении с режимом хлорамбуцил + ритуксимаб. Наконец, совсем инновационные результаты были получены в исследовании PCYC-1102, в котором 29 пациентам старше 65 лет (медиана 71 год) проводилась терапия ибрутинибом [33]. Общая и 2-летняя выживаемость без прогрессирования в данной группе приближались к 100 % при минимальном количестве побочных эффектов, причем у 2 пациентов с del(17p) получен противоопухолевый эффект. Появление обинутузумаба и ибрутиниба послужило основанием для пересмотра рекомендаций NCCN у пожилых пациентов [34].

Таким образом, важнейшим предиктором эффективности режимов FC и FCR у пожилых больных является

клиренс креатинина на момент начала лечения. Использование индекса коморбидности с порогом 6 баллов в качестве противопоказания для назначения содержащей флударабин терапии не оправдано. Результаты данной работы требуют подтверждения в более крупном проспективном клиническом исследовании.

КОНФЛИКТЫ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской поддержки.

ВКЛАД АВТОРОВ

Концепция и дизайн: В.В. Стругов, Е.А. Стадник, А.Ю. Зарицкий.

Сбор и обработка данных: В.В. Стругов, Е.А. Стадник, Ю.В. Вирц, Т.О. Силина.

Предоставление материалов исследования: Е.А. Стадник, Ю.В. Вирц.

Анализ и интерпретация данных: В.В. Стругов, Е.А. Стадник, А.Ю. Зарицкий.

Подготовка рукописи: В.В. Стругов.

Окончательное одобрение рукописи: все авторы.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Del Giudice I, Mauro FR, Foa R. Chronic lymphocytic leukemia in less fit patients: "slow-go". *Leuk Lymphoma*. 2011;52(12):2207–16. doi: 10.3109/10428194.2011.606386.
2. Gribben JG. Chronic lymphocytic leukemia: planning for an aging population. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2010;10(9):1389–94. doi: 10.1586/era.10.127.
3. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни по Российской Федерации [электронный документ]. Доступно по: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/generation/dem2.xlsx. Ссылка активна на 15.08.2015.
4. [Ozhidaemaya prodolzhitel'nost' predstoyashchei zhizni po Rossiiskoi Federatsii. (Life expectancy in the Russian Federation.) [Internet] Available from: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/generation/dem2.xlsx. (accessed 15.08.2015) (In Russ)]
5. Tam CS, O'Brien S, Wierda W, et al. Long-term results of the fludarabine, cyclophosphamide, and rituximab regimen as initial therapy of chronic lymphocytic leukemia. *Blood*. 2008;112(4):975–80. doi: 10.1182/blood-2008-02-140582.
6. Hallek M, Fischer K, Fingerle-Rowson G, et al. Addition of rituximab to fludarabine and cyclophosphamide in patients with chronic lymphocytic leukaemia: a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet*. 2010;376(9747):1164–74. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61381-5.
7. Abrisqueta P, Pereira A, Rozman C, et al. Improving survival in patients with chronic lymphocytic leukemia (1980–2008): the Hospital Clinic of Barcelona experience. *Blood*. 2009;114(10):2044–50. doi: 10.1182/blood-2009-04-214346.
8. Merli F, Mammi C, Ilariucci F. Integrating oncogeriatric tools into the management of chronic lymphocytic leukemia: current state of the art and challenges for the future. *Curr Oncol Rep*. 2015;17(7):31. doi: 10.1007/s11912-015-0454-0.
9. Hallek M, Cheson BD, Catovsky D, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating the National Cancer Institute-Working Group 1996 guidelines. *Blood*. 2008;111(12):5446–56. doi: 10.1182/blood-2007-06-093906.
10. Yancik R. Cancer burden in the aged: an epidemiologic and demographic overview. *Cancer*. 1997;80(7):1273–83. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19971001)80:7<1273::aid-cnrc13>3.0.co;2-4.
11. Thurmes P, Call T, Slager S, et al. Comorbid conditions and survival in unselected, newly diagnosed patients with chronic lymphocytic leukemia. *Leuk Lymphoma*. 2008;49(1):49–56. doi: 10.1080/10428190701724785.
12. Molica S, Brugiatelli M, Morabito F, et al. Treatment of elderly patients with chronic lymphocytic leukemia: an unmet clinical need. *Expert Rev Hematol*. 2013;6(4):441–9. doi: 10.1586/17474086.2013.814845.
13. Goede V, Cramer P, Busch R, et al. Interactions between comorbidity and treatment of chronic lymphocytic leukemia: results of German Chronic Lympho-

- cytic Leukemia Study Group trials. *Haematologica*. 2014;99(6):1095–100. doi: 10.3324/haematol.2013.096792.
13. Eichhorst B, Goede V, Hallek M. Treatment of elderly patients with chronic lymphocytic leukemia. *Leuk Lymphoma*. 2009;50(2):171–8. doi: 10.1080/10428190802688517.
14. Miller M, Towers A. A manual of guidelines for scoring the cumulative illness rating scale for geriatrics (CIRS-G). May 1991. [Internet] Available from: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20121211_CIRSG_Manual_E.pdf. (accessed 12.04.2016).
15. Stilgenbauer S, Montillo M, Tadeusz R, et al. Prognostic Assessment In Patients With Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) In Clinical Practice: A European Research Initiative On CLL (ERIC) Survey. *Blood*. 2013;122(21): Abstract 4156.
16. Никитин Е.А., Халлек М., Байков В.В. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронического лимфолейкоза (версия 2012 г.). *Клиническая онкогематология*. 2013;6(1):99–109. [Nikitin EA, Khallek M, Baykov VV, et al. Russian clinical guidelines for diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia (version 2012). *Klinicheskaya onkogematologiya*. 2013;6(1):99–109. (In Russ)]
17. Repetto L, Fratino L, Audisio RA, et al. Comprehensive geriatric assessment adds information to Eastern Cooperative Oncology Group performance status in elderly cancer patients: an Italian Group for Geriatric Oncology Study. *J Clin Oncol*. 2002;20(2):494–502. doi: 10.1200/jco.20.2.494.
18. Bonanad S, De la Rubia J, Gironella M, et al. Development and psychometric validation of a brief comprehensive health status assessment scale in older patients with hematological malignancies: The GAH Scale. *J Geriatr Oncol*. 2015;6(5):353–61. doi: 10.1016/j.jgo.2015.03.003.
19. Стругов В.В., Стадник Е.А., Вириц Ю.В., Зарицкий А.Ю. Ретроспективное исследование результатов применения режимов FC/FCR в первой линии терапии хронического лимфолейкоза. *Трансляционная медицина*. 2012;6(17):104–15. [Strugov VV, Stadnik EA, Viritskii AYU. Retrospective studies of outcomes of FC/FCR regimens in first-line therapy of chronic lymphocytic leukemia. *Translyatsionnaya meditsina*. 2012;6(17):104–15. (In Russ)]
20. Salvi F, Miller MD, Grilli A, et al. A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(10):1926–31. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01935.x.
21. Hwang JP, Somerfield MR, Alston-Johnson DE, et al. Hepatitis B Virus Screening for Patients With Cancer Before Therapy: American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion Update. *J Clin Oncol*. 2015;33(19):2212–20. doi: 10.1200/JCO.2015.61.3745.
22. Стадник Е.А., Никитин Е.А., Бидерман Б.В. и др. Ретроспективное сравнение эффективности и токсичности режимов лечения FC и FCR у первичных больных В-клеточным хроническим лимфолейкозом. *Онкогематология*. 2008;1–2:39–46. [Stadnik EA, Nikitin EA, Biderman BV, et al. Comparison of efficacy and toxicity of FC and FCR regimens in the treatment of primary B-cell chronic lymphocytic leukemia: a retrospective study. *Onkogematologiya*. 2008;1–2:39–46. (In Russ)]
23. Wierda WG, O'Brien S, Wang X, et al. Prognostic nomogram and index for overall survival in previously untreated patients with chronic lymphocytic leukemia. *Blood*. 2007;109(11):4679–85. doi: 10.1182/blood-2005-12-051458.
24. Pflug N, Bahlo J, Shanafelt TD, et al. Development of a comprehensive prognostic index for patients with chronic lymphocytic leukemia. *Blood*. 2014;124(1):49–62. doi: 10.1182/blood-2014-02-556399.
25. Baumann T, Delgado J, Santacruz R, et al. Chronic lymphocytic leukemia in the elderly: clinico-biological features, outcomes, and proposal of a prognostic model. *Haematologica*. 2014;99(10):1599–604. doi: 10.3324/haematol.2014.107326.
26. Coresh J, Astor BC, Greene T, et al. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis*. 2003;41(1):1–12. doi: 10.1053/ajkd.2003.50007.
27. Пигарева Ю.А., Авдошина С.В., Дмитрова Т.Б. и др. Распространенность хронической болезни почек среди пациентов терапевтического стационара. *Клиническая нефрология*. 2012;3:4–9. [Pigareva YuA, Avdoshina SV, Dmitrova TB, et al. Prevalence of chronic kidney disease in patients of clinic of internal diseases. *Klinicheskaya nefrologiya*. 2012;3:4–9. (In Russ)]
28. Martell RE, Peterson BL, Cohen HJ, et al. Analysis of age, estimated creatinine clearance and pretreatment hematologic parameters as predictors of fludarabine toxicity in patients treated for chronic lymphocytic leukemia: a CALGB (9011) coordinated intergroup study. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2002;50(1):37–45. doi: 10.1007/s00280-002-0443-5.
29. Michallet AS, Cazin B, Bouvet E, et al. First immunochemotherapy outcomes in elderly patients with CLL: a retrospective analysis. *J Geriatr Oncol*. 2013;4(2):141–7. doi: 10.1016/j.jgo.2013.01.002.
30. Kolibaba KS, Sterchele JA, Joshi AD, et al. Demographics, treatment patterns, safety, and real-world effectiveness in patients aged 70 years and over with chronic lymphocytic leukemia receiving bendamustine with or without rituximab: a retrospective study. *Ther Adv Hematol*. 2013;4(3):157–71. doi: 10.1177/2040620713478629.
31. Eichhorst B, Fink AM, Busch R, et al. Frontline chemoimmunotherapy with fludarabine (F), cyclophosphamide (C), and rituximab (R) (FCR) shows superior efficacy in comparison to bendamustine (B) and rituximab (BR) in previously untreated and physically fit patients (pts) with advanced chronic lymphocytic leukemia (CLL): final analysis of an international, randomized study of the German CLL study group (GCLLSG) (CLL10 study). *Blood*. 2014;124(21): Abstract 19.
32. Goede V, Fischer K, Busch R, et al. Obinutuzumab plus chlorambucil in patients with CLL and coexisting conditions. *N Engl J Med*. 2014;370(12):1101–10. doi: 10.1056/NEJMoa1313984.
33. O'Brien S, Furman RR, Coutre SE, et al. Ibrutinib as initial therapy for elderly patients with chronic lymphocytic leukaemia or small lymphocytic lymphoma: an open-label, multicentre, phase 1b/2 trial. *Lancet Oncol*. 2014;15(1):48–58. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70513-8.
34. Zelenetz AD, Gordon LI, Wierda WG, et al. Chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma, version 1.2015. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015;13(3):326–62.



ПРИЛОЖЕНИЕ

КУМУЛЯТИВНАЯ ШКАЛА КОМОРБИДНОСТИ, ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ (CIRS-G) [1]

Перевод выполнен В.В. Струговым

Философия и методология шкалы

Качественная и количественная оценка заболеваний необходимы для обоснованного сравнения результатов лечения пациентов с различными комплексными медицинскими проблемами. Кумулятивная шкала оценки заболеваний (CIR), предложенная и опубликованная B.S. Lin и соавт. в 1968 г. [2], представляет ценность в качестве удобной и всеобъемлющей системы оценки медицинских состояний. В ее основе лежит выделение патологических состояний по органам и системам с оценкой по шкале от 0 до 4 баллов и подсчетом суммы баллов. Данная шкала была пересмотрена нами с включением основных состояний, а также конкретных заболеваний, характерных для пожилых людей, и переименована нами в гериатрический вариант кумулятивной шкалы коморбидности (CIRS-G).

Некоторые «произвольные» решения были приняты для классификации определенных состояний, которые теоретически можно отнести к нескольким органам категориям. Например, деменция отнесена к психическим заболеваниям, хотя она имеет отношение и к неврологии. Головокружение рассматривается в разделе ЛОР-органов, хотя этот симптом также можно было бы считать неврологическим состоянием. Цереброваскулярные заболевания отнесены к неврологии, хотя они имеют отношение к сосудистым заболеваниям. Более подробную информацию см. в конкретных разделах данного руководства.

Подготовка работы со шкалой

Медицинские работники должны иметь достаточный уровень подготовки для использования данной шкалы. Из-за необходимости объективной оценки может потребоваться консультация соответствующего специалиста для уточнения типа медицинской проблемы и ее тяжести.

Минимально необходимый объем данных

Предполагается, что для каждого пациента имеются полный анамнез и результаты физикального исследования с указанием медицинских состояний, роста, массы тела, исходные лабораторные данные, включая полный анализ крови, биохимический анализ с включением электролитов, показателей функции печени и почек, сывороточного витамина В₁₂, показателей функции щитовидной железы, уровня холестерина, а также ЭКГ. Для анализа психических состояний оценщик должен быть знаком с краткой шкалой оценки психического статуса по M.F. Folstein [3] и диагностическим и статистическим руководством III-R (DSM III-R) [4].

Дополнительная информация более узкоспециализированного характера может улучшить точность оценки состояния конкретного пациента и должна использоваться по возможности. Оценка пациента «вживую» (в сравнении с ретроспективным анализом медицинской документации) более предпочтительна, поскольку позволяет четче определить степень нарушения.

Стратегия оценки

Описание методологии оценки каждой конкретной нозологии, очевидно, было бы слишком громоздким и привело бы к утрате простоты и легкости использования данной шкалы. В шкале CIRS-G сделана попытка очертить уровень тяжести нарушений внутри отдельных категорий по интуитивно понятной методике, с тем чтобы оценщик сам смог интерполировать проблемы конкретного пациента на соответствующий уровень шкалы. Мы признаем, что для выбора «наиболее соответствующего» уровня требуется некоторая рассудительность и что строгой специфичностью можно пренебречь в пользу интуитивной очевидности и простоты использования данной шкалы.

Методика оценки

Методика подсчета в CIRS-G позволяет охарактеризовать пациента по 5 показателям: общему количеству категорий с патологией, суммарному баллу, отношению суммарного балла к количеству категорий с патологией (соответствует индексу тяжести для каждой категории) и количеству категорий с уровнем тяжести «3» и «4». Такая стратегия оценки позволяет читателю сразу увидеть, что отражает суммарный балл данного пациента: небольшое количество серьезных проблем, несколько проблем легкой/умеренной степени тяжести или потенциально тяжелые состояния, соответствующие «3» и «4».

Лист оценки также указывает балл для каждой отдельной категории. Специально отведенное место на данном листе предназначено для краткого описания проблемы, тяжесть которой была оценена (см. образец), что может облегчить более подробный ретроспективный анализ.

Оценка активных и хронических заболеваний

Повторная оценка состояния пациента по данной шкале может показать снижение общего балла в том случае, если при первичной оценке имелись острые проблемы, которые разрешились в последующем, но в то же время в данной шкале сделан акцент на хронические состояния (включая «состояния после»), а ее кумулятивный характер приводит к тому, что в среднем общий балл у конкретного пациента будет скорее нарастать с течением времени.

Общие инструкции по оценке

В практических целях для упрощения оценки необходимо было сначала охарактеризовать серьезность заболевания в пределах таких категорий, как «легкая степень» и «крайне тяжелое течение», т. е. «1» и «4», а затем определить категории «умеренное» и «тяжелое». Основная часть затруднений, по нашему опыту, появляется при разделении категорий «2» и «3». Обратите внимание на следующие характеристики для каждого уровня серьезности:

0 — нет проблем;

1 — текущее легкое заболевание или серьезное заболевание в анамнезе;

2 — умеренное отклонение или заболевание/потребность в терапии первой линии;

3 — тяжелое/постоянное нарушение трудоспособности/неконтролируемые хронические состояния;

4 — крайне тяжелое состояние/есть потребность в экстренной терапии/терминальная органная недостаточность/серьезные нарушения функции.

Уровень 1

Любое имеющееся медицинское состояние, которое вызывает легкий дискомфорт или нарушение функции либо имеет эпизодические обострения, мало сказывающиеся на повседневной активности, соответствует «1» (например, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с редкими приступами изжоги, требующая приема антацидов по требованию). Медицинские состояния, которые неактивны в настоящее время, но имели значимость в прошлом, также должны быть оценены как «1» (например, пассаж камня по мочевым путям — МП). Заболевания детского возраста, малые хирургические вмешательства, неосложненные излеченные переломы, незначительные травмы, удаление зубов или отдаленные события, не имеющие осложнений (например, один эпизод фебрильных судорог в детстве), не должны учитываться вовсе. Однако, если любое из перечисленных выше состояний заставляет предполагать потенциальный риск осложнений в будущем, оценщик должен присвоить необходимый балл и кратко описать причины своего решения в специально отведенном свободном поле.

Уровни 2 и 3

Уровень 2 соответствует медицинским состояниям, которые требуют ежедневного приема препаратов первой линии (например, нестероидных противовоспалительных средств для лечения артрита или дигоксина для контроля сердечной недостаточности).

Уровень 3 соответствует хроническим заболеваниям, которые не контролируются на фоне терапии первой линии (например, потребность в кортикостероидах при ревматических заболеваниях или болезнях легких).

«Постоянное нарушение трудоспособности» соответствует тем состояниям, которые не полностью компенсируются терапией; например, стенокардия соответствует «3», поскольку ее лечение не устраняет симптомы заболевания, хотя позволяет выполнять повседневные дела с некоторыми ограничениями (т. е. нет критериев уровня 4).

Уровень 4

Уровень 4 описывает поздние стадии заболевания или инвалидизацию в той либо иной категории. Как правило, этот уровень отражает отсутствие контроля над патологическим процессом с сопутствующей инвалидизацией, болевым синдромом или ограничением повседневной активности. Любое острое состояние, требующее немедленного лечения, также соответствует «4» (например, инфравезикальная обструкция МП). Значительное ограничение подвижности или повседневной деятельности, а также сенсорные нарушения тоже относятся к уровню 4 (например, слепота, глухота или необходимость в использовании инвалидной коляски).

Оценка злокачественных опухолей

Воспроизводимая оценка степени тяжести злокачественных заболеваний является сложной задачей. Каждая локализация опухоли имеет собственную систему стадирования и прогностически значимые факторы, сложность которых выходит за рамки необходимой простоты и легкости практического использования данной шкалы. Следующие общие принципы призваны обеспечить достаточно точное ранжирование степени медицинской значимости злокачественных новообразований без преувеличения сложности оценки.

1. Диагноз злокачественной опухоли, установленный в далеком прошлом, без последствий или рецидивов в течение последних 10 лет.
2. Диагноз злокачественной опухоли, установленный в прошлом, без признаков рецидива или осложнений в течение последних 5 лет.
3. Потребность в химиотерапии, лучевой, гормональной терапии или хирургическое лечение в течение последних 5 лет.
4. Рецидив злокачественных опухолей, потенциально угрожающих жизни/отсутствие контроля над первичной опухолью/стадия заболевания, требующая только паллиативного лечения.

Оценка проводится внутри соответствующей органной категории.

Приведенные ниже комментарии призваны помочь более точно и воспроизводимо оценить степень тяжести патологии внутри различных органной категории. Отдельный акцент сделан на наиболее часто встречающиеся состояния, а также приведены общие принципы оценки более редких заболеваний.

СЕРДЦЕ

0. Проблем нет.
1. Инфаркт миокарда в анамнезе (> 5 лет назад)/редкая стенокардия, требующая приема препаратов по требованию.
2. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), компенсированная на фоне терапии/ежедневный прием антиангинальных препаратов/гипертрофия левого желудочка/фибрилляция предсердий/блокада пучка Гиса/ежедневный прием антиаритмических препаратов.
3. Инфаркт миокарда в течение 5 лет/патологический стресс-тест/состояние после чрескожной коронарной ангиопластики или аортокоронарного шунтирования.
4. Выраженное ограничение активности из-за кардиальной патологии (например, нестабильной стенокардии или некупируемой ХСН).

Комментарии:

Основные заболевания сердца включают атеросклероз коронарных сосудов, аритмии, сердечную недостаточность и клапанные пороки. Внутри каждой из этих категорий оценка степени тяжести проводится по шкале от 1 до 4.

● Атеросклероз коронарных сосудов

Степень тяжести атеросклероза коронарных сосудов определяется от легкой до крайне тяжелой в соответствии с указанными выше уровнями.

● Хроническая сердечная недостаточность

Необходимость ежедневного приема препаратов для лечения ХСН соответствует как минимум «2», некупируемая ХСН соответствует «4», а промежуточная степень выраженности — «3».

● **Аритмии**

Выявление фибрилляции предсердий по данным ЭКГ, блокада правой или левой ножки пучка Гиса либо необходимость ежедневного приема антиаритмических препаратов соответствуют по меньшей мере «2», бифасцикулярная блокада — «3». В случае наличия показаний для постановки кардиостимулятора случайное выявление брадикардии при холтеровском мониторинговании соответствует «2», в то время как наличие кардиогенного обморока — «3».

● **Клапанные пороки**

Обнаружение шумов при аускультации, указывающих на клапанную патологию, соответствует «1» при отсутствии ограничений в повседневной активности, более выраженные пороки соответствуют более высоким баллам.

● **Патология перикарда**

Наличие перикардального выпота или перикардита соответствует по меньшей мере «3».

СОСУДЫ

0. Проблем нет.

1. Гипертензия, компенсированная ограничением соли и снижением массы тела/сывороточный холестерин > 200 мг/дл.
2. Ежедневный прием антигипертензивных препаратов/один симптом атеросклероза (ангина, хромота, сосудистые шумы, преходящая слепота, отсутствие пульса на стопах)/аневризмы аорты < 4 см.
3. Два и более симптома атеросклероза (см. ниже).
4. Оперативные вмешательства по поводу сосудистых проблем/аневризма аорты > 4 см.

Комментарии:

● **Артериальная гипертензия**

Определяется как устойчивое повышение диастолического АД > 90 мм рт. ст. Отсутствие необходимости в медикаментозной терапии — «1», однократный ежедневный прием препарата для снижения АД — «2», ежедневный прием ≥ 2 препаратов для контроля АД либо наличие признаков гипертрофии левого желудочка — «3».

● **Атеросклероз периферических сосудов**

Наличие по меньшей мере 1 симптома при физикальном исследовании или подтверждение визуализирующими методами (например, ангиографией) соответствуют «2», наличие ≥ 2 симптомов — «3», если было выполнено или требуется шунтирование — «4».

Нарушения кровообращения головного мозга оцениваются в разд. «Нервная система».

● **Аневризма аорты**

Диаметр < 4 см — «3», > 4 см — «4».

КРОВЕТВОРНАЯ СИСТЕМА (кровь, сосуды, костный мозг, селезенка, лимфоидная ткань)

0. Проблем нет.

1. Гемоглобин: женщины > 100 < 120 г/л, мужчины > 120 < 140 г/л/анемия хронических заболеваний.
2. Гемоглобин: женщины > 80 < 100 г/л, мужчины > 100 < 120 г/л/анемия на фоне дефицита железа, витамина В₁₂, фолиевой кислоты или хронической почечной недостаточности/общее количество лейкоцитов > 2 × 10⁹/л, но < 4 × 10⁹/л.
3. Гемоглобин: женщины < 80 г/л, мужчины < 100 г/л/общее количество лейкоцитов < 2 × 10⁹/л.
4. Любые лейкоз или лимфома.

Комментарии:

Любое онкогематологическое заболевание — «4»*.

● **Анемия**

Пороговые значения гемоглобина для мужчин и женщин указаны выше. Если этиология анемии известна и не связана с хроническим заболеванием, соответствует «2» или выше по степени тяжести анемии.

● **Лейкопения**

См. порог выше.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА (легкие, бронхи, трахея от уровня гортани)

0. Проблем нет.

1. Периодические эпизоды острого бронхита/терапия бронхиальной астмы в виде ингаляций по требованию/стаж курения > 10, но < 20 пачек/лет.
2. Рентгенологические признаки хронической обструктивной болезни легких/потребность в ежедневном приеме теофиллина или ингаляторов/лечение по поводу пневмонии ≥ 2 раз в течение последних 5 лет/стаж курения 20–40 пачек/лет.
3. Ограниченная способность передвигаться вследствие снижения дыхательной емкости/потребность в приеме пероральных кортикостероидов для лечения заболевания легких/стаж курения > 40 пачек/лет.
4. Потребность в дополнительном кислороде/по крайней мере 1 эпизод дыхательной недостаточности, требующий вспомогательной вентиляции/любой рак легкого.

Комментарии:

● **Курение**

Курение является существенным фактором риска легочных и сердечно-сосудистых заболеваний и оценивается по количеству пачек/лет (количество упаковок, выкуриваемых за день, × количество лет курения в течение жизни). Бывшие курильщики (например, с анамнезом 25 пачек/лет, но не курящие в течение последних 20 лет) соответствуют более низкому баллу по сравнению с пациентами с анамнезом 25 пачек/лет, продолжающими курить (в данном случае «1», а не «2»).

● **Хронический бронхит, астма и эмфизема**

Данные состояния оцениваются как «1», если пациент пользуется ингалятором эпизодически по требованию, «2» — если теофиллин или ингаляторы используются ежедневно, «3» — если требуется терапия кортикостероидными препаратами, «4» — если имеется потребность в кислороде.

Более объективные данные, например газовый состав крови, могут помочь уточнить степень нарушения.

● **Пневмония**

Амбулаторная терапия по поводу острой пневмонии соответствует «3», при необходимости госпитализации — «4»; ≥ 2 эпизодов пневмонии в течение последних 5 лет соответствуют «2».

ЛОП-ОРГАНЫ

0. Проблем нет.

1. Скорректированное зрение 20/40/хронический синусит/незначительная потеря слуха.
2. Скорректированное зрение 20/60 или читает газеты с трудом/потребность в слуховом аппарате/хронические синоназальные жалобы, требующие медикаментозной терапии/медикаментозная терапия головокружения.
3. Частичная слепота (требуется сопровождение при выходе из дома)/не способен читать газеты/слышимость разговорной речи снижена со слуховым аппаратом.
4. Функциональная слепота/функциональная глухота/ларингэктомия/требует хирургического вмешательства по поводу головокружения.

Комментарии:● **Нарушения зрения**

Для упрощения этой категории создатели шкалы приняли решение оценивать тяжесть степени нарушения сенсорной функции вместо изолированной оценки тяжести каждого состояния. Поэтому, если причиной снижения зрения является катаракта, глаукома, дегенерация желтого пятна или другие заболевания, оценка проводится следующим образом: если у пациента есть жалобы на снижение зрения, несмотря на ношение корректирующих линз, но нет ограничения деятельности и может читать газеты — «1»; если у пациента имеются трудности при чтении газет или вождении из-за проблем со зрением — «2»; если пациент не в состоянии читать газеты или нуждается в помощи зрячего человека — «3»; если есть функциональная слепота, т. е. не в состоянии читать, узнавать знакомые лица в другом конце комнаты или самостоятельно адаптироваться к новой среде — «4». Примечание: термин «функциональный» относится к способности функционировать и не включает в себя психогенные нарушения.

● **Нарушения слуха**

Аналогичным образом степень нарушения слуха оценивается по уровню сенсорной недостаточности, как описано выше.

● **Головокружение**

Жалобы на головокружения часто выявляются у пожилых людей и соответствуют «2», если для контроля необходим прием препаратов; «4» — если требуется хирургическое вмешательство.

● **Другие состояния**

Среди других заболеваний ЛОР-органов оценка степени тяжести должна проводиться на основании степени нарушения повседневной активности или инвалидизации (например, ларингэктомия заслуживает «4», поскольку эта процедура существенно ограничивает общение и т. п.).

ВЕРХНИЕ ОТДЕЛЫ ЖКТ (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка)

0. Проблем нет.
1. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы/жалобы на изжогу, требующие постоянной терапии.
2. Потребность в ежедневном приеме H_2 -блокатора или антацида/документированная язва желудка или двенадцатиперстной кишки в течение последних 5 лет.
3. Активная язва/положительная проба на скрытую кровь в стуле/любое расстройство глотания или дисфагия.
4. Рак желудка/перфорация язвы в анамнезе/мелена или кровавый стул, связанные с кровотечением из верхних отделов ЖКТ.

Комментарии:● **Язвенная болезнь**

Изжога, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастрит, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки оцениваются по линейной шкале тяжести, а именно: умеренные симптомы, требующие эпизодического приема антацидов, соответствуют «1»; ежедневный прием антацидов — «2»; активная язва и/или положительный тест на скрытую кровь в стуле — «3»; анамнез перфорации язвы или сильного кровотечения из верхних отделов ЖКТ — «4».

● **Рак**

Любые злокачественные заболевания верхних отделов ЖКТ соответствуют «4» (см. разд. «Оценка злокачественных опухолей»).

НИЖНИЕ ОТДЕЛЫ ЖКТ (кишечник, грыжи)

0. Проблем нет.
1. Запор, требующий эпизодического приема препаратов/активный геморрой/состояние после операции по поводу грыжи.
2. Потребность в ежедневном приеме слабительных/дивертикулез/нелеченная грыжа.
3. Эпизод копростазы в течение последнего года/ежедневный прием стимулирующих слабительных или клизм.
4. Кровотечение из нижних отделов ЖКТ, текущий эпизод копростазы, активный дивертикулит/состояние после эпизода кишечной непроходимости/рак кишечника.

Комментарии:● **Запор**

Степень тяжести запора легче всего оценить по тому, как часто и какой тип слабительных использует пациент и по наличию эпизодов копростазы, как указано выше.

● **Кровотечения и онкологические заболевания**

Любое активное кровотечение обычно соответствует «4», как и диагноз рака (см. разд. «Оценка злокачественных опухолей»).

● **Дивертикулез и дивертикулит**

Диагноз дивертикулеза или дивертикулита в анамнезе соответствуют «2», активное течение дивертикулита — «4», промежуточные состояния — «3».

ПЕЧЕНЬ (включая желчные пути и панкреатические протоки)

0. Проблем нет.
1. Гепатит в анамнезе > 5 лет назад/холецистэктомия.
2. Умеренное повышенное печеночных показателей (до 150 % нормы)/гепатит в течение последних 5 лет/желчнокаменная болезнь/ежедневное или значительное потребление алкоголя в течение последних 5 лет.
3. Повышение билирубина (общий билирубин > 2 × ВГН)/значимое повышение печеночных показателей (> 150 % нормы)/потребность в постоянном приеме ферментов поджелудочной железы.
4. Билиарная обструкция/любой рак желчных протоков/холецистит/панкреатит/активный гепатит.

Комментарии:

Состояние гепатобилиарной системы трудно оценить только при физикальном исследовании, поэтому должны использоваться результаты лабораторных исследований.

● **Болезни желчного пузыря**

Холецистэктомия в анамнезе соответствует «1», желчнокаменная болезнь или визуализация камней — «2», острый холецистит — «4».

● **Гепатит**

Гепатит в анамнезе в течение последних 5 лет, неактивный в настоящее время, соответствует «2», активный гепатит — «4».

● **Заболевания поджелудочной железы**

Недостаточность поджелудочной железы, требующая приема ферментных препаратов, или хронический панкреатит соответствуют «3», острый панкреатит — «4».

● **Рак**

Любой рак гепатобилиарного древа соответствует «4» (см. разд. «Оценка злокачественных опухолей»).

ПОЧКИ

0. Проблем нет.
1. Пассажа камня в течение последних 10 лет или бессимптомная мочекаменная болезнь/острый пиелонефрит в течение последних 5 лет.

2. Креатинин сыворотки > 1,5 × ВГН, но < 3,0 × ВГН без приема мочегонных или антигипертензивных препаратов.
3. Креатинин сыворотки > 3,0 × ВГН или > 1,5 × ВГН в сочетании с приемом диуретика, антигипертензивного препарата или бикарбонатов/текущий острый пиелонефрит.
4. Потребность в диализе/рак почки.

Комментарии:

Оценка функции почек должна опираться на данные лабораторных исследований в соответствии с пороговыми значениями, приведенными выше. Некоторые пациенты не имеют симптомов, несмотря на повышение уровня креатинина, поэтому дифференцировка «2» и «3» зависит от того, требуется ли специальная терапия. Гемодиализ и перитонеальный диализ соответствуют «4», как при любой почечной этиологии, включая терминальную стадию и рак почки. Заболевания клубочков или нефротический синдром соответствуют «2» либо «3» в зависимости от потребности в терапии.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА (мочеточники, мочевого пузыря, уретра, простата, наружные половые органы, матка, яичники)

0. Проблем нет.
1. Стрессовое недержание/гистерэктомия/доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) без нарушения мочеиспускания.
2. Патологический мазок по Папаниколау/частые инфекции МП (≥ 3 за последний год)/недержание мочи (не стрессовое) у женщин/ДГПЖ с нарушением мочеиспускания/текущая инфекция МП/постановка цистостомы или аналогичные процедуры/состояние после трансуретральной резекции (ТУР).
3. Рак простаты *in situ* (например, обнаруженный при ТУР)/вагинальное кровотечение/рак шейки матки *in situ*/гематурия/состояние после уросепсиса в течение последнего года.
4. Острая задержка мочи/любая опухоль МП, за исключением указанных выше.

Комментарии:

Данная категория нуждается в более подробных комментариях из-за наличия заболеваний, характерных только для мужчин или женщин.

● **Недержание мочи**

Данное состояние чаще всего выявляется у пожилых женщин и соответствует «2», если эпизоды недержания случаются эпизодически, например, при кашле и т. п. (стрессовое недержание).

Ежедневные эпизоды недержания мочи, требующие ношения подгузников для взрослых, или регулярное ночное недержание соответствуют «3».

● **Вагинальные кровотечения и патологические результаты мазков по Папаниколау**

Существенное вагинальное кровотечение с длительным анамнезом соответствует «3», гистерэктомия в анамнезе по поводу кровотечения или доброкачественной опухоли — «1» (если кровотечение было остановлено). Патологический мазок по Папаниколау может быть проявлением хронического вагинита и требует повторного исследования, подтвержденный патологический мазок соответствует «2», рак шейки матки *in situ* — «3», любой рак мочевого пузыря — «4».

● **Инфекции мочевыводящей системы**

Рецидивирующие инфекции МП (≥ 3 эпизодов за прошедший год) соответствуют «1» у женщин и по меньшей мере «3» у мужчин. Текущая инфекция МП соответствует «2», уросепсис в течение последнего года — «3», текущий уросепсис — «4».

● **Заболевания простаты**

Увеличение простаты при физикальном исследовании соответствует «1», нарушения мочеиспускания или состояние после трансуретральной резекции — «2», случайно обнаруженный рак при ТУР — «3», рак простаты или обструкция мочевого пузыря — как правило, «4» (см. разд. «Оценка злокачественных опухолей»).

● **Цистостомия и подобные процедуры**

Наличие илеовезикулостомии, длительная постановка катетеров или нефростомия соответствуют по меньшей мере «2».

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ, КОЖА И СЛИЗИСТЫЕ

0. Проблем нет.
1. Эпизодический прием препаратов по поводу артрита или легкое ограничение повседневной активности вследствие патологии суставов/состояние после резекции немеланомных опухолей кожи/инфекции кожи, требующие назначения антибиотиков в течение последнего года.
2. Ежедневный прием препаратов по поводу артрита, или использование вспомогательных устройств, или умеренное ограничение повседневной активности/ежедневный прием препаратов по поводу хронических заболеваний кожи/меланома без метастазов.
3. Существенное нарушение повседневной активности из-за артрита/потребность в применении кортикостероидов по поводу артрита/компрессионных переломов позвоночника вследствие остеопороза.
4. Привязанность к инвалидному креслу/тяжелая деформация сустава или существенное нарушение функции/остеомиелит/любой рак костей или мышц/метастатическая меланома.

Комментарии:

● **Опухоли кожи**

Злокачественную меланому необходимо дифференцировать от других локализованных опухолей кожи, которые заслуживают «1». Диагноз меланомы соответствует «2», при наличии метастазов — «4».

● **Артрит**

Артрит проще всего оценить по степени снижения активности или объему необходимой терапии, как указано выше.

● **Остеопороз, остеомиелит и опухоли**

Остеопороз с компрессионными переломами соответствует «3». Остеомиелит обычно требует интенсивного стационарного лечения и соответствует «4». Любая опухоль мышц или суставов соответствует «4» (см. разд. «Оценка злокачественных опухолей»).

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

0. Проблем нет.
1. Частая головная боль, требующая приема препаратов по требованию без нарушения повседневной активности/транзиторная ишемическая атака в анамнезе (по крайней мере, 1 эпизод).
2. Потребность в ежедневном приеме препаратов по поводу хронической головной боли или головная боль, не ограничивающая повседневную активность/состояние после цереброваскулярных событий без значительных остаточных симптомов/нейродегенеративные заболевания (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, амиотрофический латеральный склероз и т. д.) легкой степени тяжести.

3. Состояние после цереброваскулярных событий с незначительными остаточными функциональными нарушениями/любая нейрохирургическая операция на ЦНС/нейродегенеративные заболевания средней степени тяжести.
4. Состояние после цереброваскулярных событий (с остаточным функциональным гемипарезом или афазией/нейродегенеративными заболеваниями тяжелой степени).

Комментарии:● **Головная боль**

Частая головная боль, требующая эпизодического приема препаратов, соответствует «1»; потребность в ежедневном приеме препаратов для профилактики головной боли или эпизоды сильной головной боли (например, мигрень, требующая постельного режима) — «2».

● **Транзиторная ишемическая атака и инсульты**

1 эпизод транзиторной ишемической атаки заслуживает «2». Цереброваскулярные события оцениваются по уровню остаточных функциональных нарушений или инвалидизации; например, пациент с гемипарезом и дизартрией в анамнезе, но восстановивший членораздельную речь и способность ходить с сохраняющимися нарушениями походки соответствует «3».

● **Головокружение**

Несмотря на то что головокружения также имеют отношение к неврологии, из соображений удобства они оцениваются в данной категории.

● **Нейродегенеративные заболевания**

Болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и боковой амиотрофический склероз являются примерами различных дегенеративных неврологических заболеваний. Эти состояния оцениваются в зависимости от тяжести клинических проявлений, начиная с уровня «2». Например, «3» соответствует пациенту с болезнью Паркинсона, который имеет проявления брадикинезии и шаркающую походку, несмотря на антипаркинсоническую терапию; «4» соответствует пациенту, который не в состоянии заботиться о себе (мыться, ходить в туалет и т. д.) из-за тяжелого течения заболевания.

● **Деменция (см. разд. «Психические заболевания»)**

Хотя деменцию можно рассматривать как в области неврологии, так и психиатрии, для простоты она была отнесена к психическим заболеваниям, т. к. связанное нарушение функции лежит преимущественно в этой области. Для удобства болезнь Альцгеймера отнесена к психическим заболеваниям. Если деменция связана с последствиями множественных инфарктов головного мозга или другим неврологическим заболеванием с дополнительной неврологической симптоматикой, оценка должна проводиться как в «неврологической», так и «психиатрической» категории в соответствии со степенью тяжести.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА/МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ (включая инфекции и отравления)

0. Проблем нет.
1. Сахарный диабет компенсируется диетой/ожирение с индексом массы тела (ИМТ) > 30 кг/м²*/потребность в заместительной терапии гормонами щитовидной железы.
2. Сахарный диабет, требующий назначения инсулина или пероральных препаратов/фиброзно-кистозная мастопатия.
3. Любое электролитное нарушение, требующее стационарного лечения/патологическое ожирение с ИМТ > 45 кг/м²*.

4. Осложненный или плохо контролируемый сахарный диабет либо эпизод диабетической комы за последний год/потребность в заместительной гормональной терапии патологии надпочечников/рак надпочечников, щитовидной или молочной железы.

Комментарии:● **Сахарный диабет**

Установленный диагноз сахарного диабета, контролируемого диетой, соответствует «1»; при необходимости применения инсулина или пероральных препаратов — «2»; плохо контролируемый диабет, или анамнез диабетического кетоацидоза, или некетогенная гиперосмолярная кома в прошлом году — «4»; промежуточное состояние (например, контролируемая гипергликемия на уровне 300 мг/дл с некоторыми проявлениями ретинопатии или периферической нейропатии) — «3».

● **Заместительная гормональная терапия/электролитные нарушения**

Заместительная гормональная терапия щитовидной железы встречается часто у пожилых людей и соответствует «1», если нет осложнений. Препараты калия часто назначают пациентам, принимающим диуретики, что соответствует «0», что не заслуживает отдельного внимания, если нет значительного снижения уровня калия. Другие дизэлектролитемии могут быть серьезными состояниями, для простоты мы оцениваем состояния, требующие стационарного лечения, как минимум «3». Гормональная заместительная терапия по поводу патологии надпочечников соответствует «3». Другие эндокринные нарушения оцениваются по степени летальности, связанной с конкретным состоянием.

● **Ожирение**

Ожирение является фактором риска множества заболеваний и оценивается по степени тяжести в соответствии с ИМТ как современным стандартом оценки соотношения массы тела и роста. Обратите внимание на номограммы для мужчин и женщин, приведенные в оглавлении данного руководства.

● **Заболевания молочных желез**

Из-за отсутствия более подходящей категории заболевания молочных желез включены в категорию эндокринных/метаболических нарушений, хотя технически молочная железа является экзокринной железой. Упоминание патологии молочных желез ближе к концу данного руководства не связано с незначительностью данных заболеваний. Фиброзно-кистозная мастопатия соответствует «2», рак молочной железы — «4» (см. разд. «Оценка злокачественных опухолей»).

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

0. Нет психических нарушений или соответствующего анамнеза.
1. Незначительные психические нарушения на данный момент или в анамнезе. В частности: амбулаторное лечение по поводу психического заболевания в анамнезе во время обострения/амбулаторное лечение депрессии > 10 лет назад/использование малых транквилизаторов по поводу эпизодических приступов тревоги (редкое)/легкая ранняя деменция (краткая шкала оценки ментального статуса > 25 < 28).
2. Большая депрессия в анамнезе (по критериям DSM III-R) в течение последних 10 лет (с лечением или без него в анамнезе)/легкая деменция (краткая шкала оценки ментального статуса 20–25)/любая госпитализация в психиатрический стационар в анамнезе/психотический эпизод в анамнезе или наркомания/токсикомания > 10 лет назад.

3. В настоящее время имеется большая депрессия по шкале DSM III-R или ≥ 2 эпизодов большой депрессии в течение последних 10 лет/умеренная деменция (краткая шкала ментального статуса 15–20)/ежедневное использование противотревожных препаратов/в настоящее время соответствует критериям DSM III-R для наркомании или зависимости/потребность в ежедневном приеме антипсихотических препаратов.
4. Психическое заболевание в настоящее время, требующее госпитализации в психиатрический стационар, необходимость пребывания в стационаре или интенсивного амбулаторного наблюдения; например, пациенты с тяжелой депрессией или суицидальными попытками, острый психоз или психотическая декомпенсация, тяжелая агитация из-за деменции, тяжелая наркомания и т. д. Тяжелая деменция (краткая шкала ментального статуса < 15).

Комментарии:

Оценка психических заболеваний в соответствии с указанными принципами может показаться непростой задачей, особенно оценщикам с небольшим опытом в области психиатрии. В таких случаях может потребоваться консультация психиатра. Подробная оценка ментального статуса и сбор психиатрического анамнеза редко проводятся перед медицинскими/хирургическими вмешательствами; анализ медицинской документации может быть недостаточным источником для точной оценки психической патологии. Тем не менее последующие комментарии могут помочь в правильной оценке. Предполагается, что оценщик знаком с DSM III-R3 и краткой шкалой оценки ментального статуса [3].

- Для пожилых людей деменция и депрессия являются наиболее распространенными психиатрическими диагнозами, они оцениваются в зависимости от тяжести и срока с момента последнего эпизода.
- Представляется рациональным, чтобы пациенты с более тяжелым течением болезни или более частыми обострениями либо нуждающиеся в более частом лечении заслуживали более высокого балла.
- Изложенные критерии соответствуют нарастанию степени тяжести 5 основных состояний: деменция, депрессия, тревога, психоз и наркомания. Эти заболевания были выбраны как наиболее репрезентативные из большой группы значимых психиатрических нозологий.
- Подробное описание стратегии оценки множества других расстройств выходит за пределы данной шкалы.
- Как и в соматических категориях, психические расстройства должны оцениваться по уровню нарушений повседневной активности, как в приведенных примерах.
- Пациенты с расстройствами личности определяются в широком смысле как имеющие хронические трудности при формировании удовлетворительных межличностных отношений. Эти расстройства могут приводить к серьезным нарушениям у некоторых пациентов и должны оцениваться соответствующим образом; например, потенциальная возможность суицида требует уточнения причины предшествующих попыток и может заслуживать «3» или «4».
- При отсутствии соответствующего опыта у оценщика рекомендуется консультация психиатра. Предполагается, что делирий (см. определение DSM III-R) имеет органическую этиологию, поэтому должен оцениваться как по степени выраженности нарушения психики, так и в соответствующей медицинской категории. Например, бред на фоне гипонатриемии, требующий госпитализации, соответствует «4» в категории «психические заболевания» и по крайней мере «3» в категории «метаболические нарушения» (в зависимости от тяжести).

- Психосоматические расстройства часто трудно отличить от «чисто» медицинских состояний, и решение относительно того, использовать или не использовать психиатрический раздел, должно основываться на клинической картине.

ВГН — верхняя граница нормы.

* Не учитывается при оценке CIRS-G у пациентов с онкогематологическими заболеваниями, например если основным диагнозом является хронический лимфолейкоз.

ЛИСТ ОЦЕНКИ

Кумулятивная шкала коморбидности, гериатрический вариант (CIRS-G)

Возраст пациента _____

Дата оценки _____

Инструкции: пожалуйста, используйте руководство по шкале CIRS-G. Кратко опишите медицинскую проблему, которая заставила вас присвоить соответствующий балл, в свободном поле (используйте обратную сторону в случае необходимости).

СТРАТЕГИЯ ОЦЕНКИ

От 0 до 4 баллов (см. разд. «Общие инструкции по оценке»).

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ

(Онлайн-калькулятор на русском языке доступен по ссылке <http://www.almazovcentre.ru/wp-content/uploads/CIRS-G2.html>.)

Сердце	
Сосуды	
Кровотворная система	
Дыхательная система	
ЛОР-органы	
Верхние отделы ЖКТ	
Нижние отделы ЖКТ	
Печень	
Почки	
Мочеполовая система	
Опорно-двигательный аппарат, кожа и слизистые	
Нервная система	
Эндокринная система/метаболические нарушения и молочные железы	
Психические заболевания	

Общее количество категорий с нарушениями	
Суммарный балл	
Индекс степени тяжести (суммарный балл/ общее количество категорий с нарушениями)	
Количество категорий с патологией III степени тяжести	
Количество категорий с патологией IV степени тяжести	

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Miller M, Towers A. A manual of guidelines for scoring the cumulative illness rating scale for geriatrics (CIRS-G). May 1991. [Internet] Available from: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20121211_CIRSG_Manual_E.pdf. (accessed 12.04.2016).
2. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. J Am Ger Soc. 1968;16(5):622–6. doi: 10.1111/j.1532-5415.1968.tb02103.x.
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psych Res. 1975;12:189–98.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd Edition – Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1987. 567 p.