

Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці

М.Ю. Коломоєць, О.О. Вашеняк

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, Київ

У статті обговорюються питання коморбідності та поліморбідності при захворюваннях внутрішніх органів. Акцентовується увага на необхідності зваженого підходу при призначенні лікування.

Ключові слова: поліморбідність, коморбідність, похилий вік, метаболічний синдром.

Актуальність проблеми

У сучасній науковій літературі активно обговорюється проблема надання медичної допомоги пацієнтам із супутньою та поєднаною патологією. Якщо упродовж 1990–2000 рр. були опубліковані лише поодинокі дослідження з цієї проблеми, то з 2001 по 2010 р. їх кількість досягла 39 (цит. за: Caughey G.E., Roughton E.E., 2011). Серед тих, хто звертається за медичною допомогою до лікаря загальної практики у Великій Британії, частка пацієнтів із поєднаною патологією становить понад 80% (Mercer S.W. et al., 2011). Незважаючи на високу поширеність супутньої та поєднаної патології, більшість пацієнтів намагається отримати консультації та рекомендації від спеціалістів вузького профілю. У таких випадках нерідко проблема пацієнта не вирішується, оскільки потрібна інтегральна оцінка стану здоров'я людини, призначення лікування з урахуванням взаємодії медикаментозних препаратів, надання рекомендацій щодо режиму і тривалості їх прийому (Гуменюк А.Ф., 2009; Белоусов Ю.В., 2012; Беялов Ф.И., 2012).

В українській та російській науковій літературі для визначення стану, що характеризується наявністю декількох захворювань, що мають як гострий, так і хронічний перебіг, використовують терміни «поєднана патологія», «комбінована патологія», «супутні» або «асоційовані» захворювання та стани (Гуменюк А.Ф., 2009; Беялов Ф.И., 2012; Козловский В.Л., 2012).

В англійській науковій літературі частіше застосовуються терміни «коморбідні захворювання» або стани (comorbid diseases, comorbid conditions). Термін «коморбідність» (comorbidity) використовують для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму, або наявності двох захворювань; за наявності ≥ 3 захворювань застосовується термін «мультиморбідність» (multimorbidity) (Campbell-Scherer D., 2010; Caughey G.E. et al., 2010).

Коморбідні захворювання та стани можна умовно розподілити на 4 групи (van Weel C., Schellevis F.G., 2006; Лазебник Л.Б., 2007):

- каузальні (причинні) — у разі наявності ≥ 2 захворювань з єдиним механізмом розвитку;
- ускладнення основного захворювання;
- конкурентні — захворювання, не пов'язані між собою;
- інтеркурентні — коли на фоні захворювання із хронічним перебігом виникає гостре захворювання.

Таким чином, поліморбідність включає як випадкову комбінацію у одного пацієнта різних за етіологією та патогенезом захворювань, так і нозологічну синтропію, тобто розвиток закономірно зумовлених (детермінованих) комбінацій хвороб. Синтропію визначають як «...вид поліпатії, коли хвороби своєрідно «тягнуться» одна за одною, прагнуть поєднатися чи готують ґрунт одна для одної» (Гуменюк А.Ф., 2009; Valderas J.M. et al., 2009; Campbell-Scherer D., 2010).

Основна причина поліморбідності у людей похилого віку — атеросклероз. Атеросклероз судин призводить до розвитку поліморбідності за патогенетичним принципом: ішемічної хвороби серця (ІХС), дисциркуляторної атеросклеротичної енцефалопатії, артеріальної гіпертензії (АГ), атеросклерозу мезентеріальних судин, ішемії кишечника тощо (Дрангой М.Г., 2007; Лазебник Л.Б., 2007).

Інший шлях виникнення поліморбідності — причинно-наслідковий. Розвиток захворювання призводить спочатку до функціональних, а пізніше — до органічних порушень у системі органів, поєднаних загальними функціями, та подальшого розвитку ряду нозологічних форм. Прикладом захворювання системи травлення, при яких ураження одного органа призводить до розвитку захворювань інших органів, є розвиток хронічного панкреатиту на фоні хронічного гастриту та/чи виразки шлунка, що, у свою чергу, призводить до виникнення хронічного холециститу та жовчнокам'яної хвороби (ЖЖХ). Іншим прикладом є розвиток хронічного ентериту на фоні хронічного панкреатиту, який, у свою чергу, призводить до порушення всмоктування, внаслідок чого розвивається анемія. Хронічний коліт може призвести до виникнення запорів та геморою, що також є фактором ризику розвитку анемії. Послідовність таких несприятливих факторів зумовлює розвиток декількох гастроентерологічних захворювань одночасно за наявності іншої соматичної патології. У пацієнтів похилого віку, які звертаються за допомогою до гастроентеролога, діагностують від 5 до 8 нозологічних форм одночасно (Махов В.М., Соколова А.А., 2009).

На формування поліморбідності у разі поєднання захворювань органів травлення та загальносоматичних захворювань можуть впливати одні й ті ж фактори. Так, порушення обміну холестерину призводить до розвитку холестерозу жовчного міхура, ЖЖХ, жирового гепатозу (стеатогепатиту) та є безумовним фактором ризику розвитку атеросклеротич-

ного ураження судин серця та головного мозку і виникнення АГ (Белоусов Ю.В., 2012).

Отже, причинами поліморбідності є анатомічна близькість уражених органів, спільний патогенез, причинно-наслідковий зв'язок або випадкове поєднання захворювань (Лазебник Л.Б., 2007; Гуменюк А.Ф., 2009; Махов В.М., Соколова А.А., 2009; Valderas J.M. et al., 2009; Campbell-Scherer D., 2010; Белоусов Ю.В., 2012). Ще один механізм розвитку поліморбідності — ятрогенний, при якому довготривале застосування лікарських засобів призводить до виникнення побічної дії, яка пізніше може перейти у самостійне захворювання (van Weel C., Schellevis F.G., 2006; Лазебник Л.Б., 2007).

Поліпрагмазія внаслідок поліморбідності призводить до збільшення вірогідності розвитку системних та небажаних ефектів лікарських засобів. Клінічна симптоматика, що виникла внаслідок побічної дії терапії, не завжди враховується лікарями, а розцінюється як прояв нового захворювання, що, у свою чергу, призводить до додаткового призначення лікарських препаратів (van Weel C., Schellevis F.G., 2006; Valderas J.M. et al., 2009). Ця проблема особливо актуальна для пацієнтів старших вікових груп (Дрангой М.Г., 2007; Лазебник Л.Б., 2007; Комиссаренко І.А., 2009; Caughey G.E. et al., 2010; Дворецкий Л., 2012). Кількість захворювань має пряму кореляцію з віком. Середня кількість захворювань на одного пацієнта, госпіталізованого до геріатричного стаціонару, становить від $5,2 \pm 1,7$ у групі 60–65 років до $5,8 \pm 1,8$ — у групі 81–85 років. (Лазебник Л.Б. і соавт., 2007). Ризик виникнення побічних ефектів на фоні призначеного лікування у пацієнтів похилого віку в 5–7 разів вищий, ніж у пацієнтів молодого віку, а при призначенні ≥ 3 препаратів він зростає в ≥ 10 разів (Комиссаренко І.А., 2009). Слід мати на увазі, що люди похилого віку в 2–3 рази частіше, ніж пацієнти молодого та середнього віку, госпіталізуються з приводу побічної дії препаратів. Так, серед 167 хворих похилого віку, які отримували не менше 5 препаратів (в середньому — 8 на одного хворого), у 35% виникла побічна дія лікарських засобів, причому 25% цих пацієнтів зверталися з цього приводу до відділення невідкладної допомоги або були госпіталізовані (Дворецкий Л., 2012).

Негативна реакція пацієнтів похилого віку на поліпрагмазію зумовлена віковими змінами функцій внутрішніх органів, що негативно впливає на фармакокінетику лікарських засобів. Одним із шляхів, які дозволя-

ють зменшити проблему поліпрагмації, є призначення пацієнтам похилого віку «багатопротипільних» препаратів, які мають позитивний вплив одночасно на декілька провідних соматичних захворювань і при цьому мають незначну кількість побічних ефектів (Комиссаренко І.А., 2009).

Актуальність проблеми поліморбідності терапевтичних хворих зумовлена тенденцією до всезагального постаріння населення, «омолодження» і збільшення кількості випадків хронізації захворювань, підвищення впливу негативних чинників довкілля (Дрангой М.Г., 2007).

За результатами досліджень, проведених у Нідерландах, серед осіб віком 45–64 років 7% мають ≥ 4 захворювань, у віковій групі 65–74 роки частота підвищується до 30%, в осіб віком ≥ 75 років вона становить 55% (цит. за: Dawes M., 2010).

Дослідження, проведене у провінції Квебек у 2005 р., показало, що серед пацієнтів лікаря загальної практики віком від 45 до 64 років $>95\%$ жінок та $>89\%$ чоловіків мають ≥ 2 захворювань (Fortin M. et al., 2005).

За результатами дослідження D. Campbell-Scherer (2010) поширеність коморбідних станів становить від 69% у хворих молодого віку до 93% у пацієнтів середнього віку і до 98% — у пацієнтів похилого віку. Кількість мультиморбідних станів збільшується з 10% у пацієнтів віком < 19 років до 80% — у пацієнтів віком ≥ 80 років (Campbell-Scherer D., 2010).

Найчастіше в різних поєднаннях і з різною мірою вираженості клінічної симптоматики спостерігаються такі комбінації: атеросклеротичне ураження судин серця і мозку — ІХС, дисциркуляторна енцефалопатія, АГ, емфізема легень, неопластичні процеси — легень, органів травлення, шкіри, молочної залози у жінок та передміхурової залози у чоловіків, хронічний гастрит із секреторною недостатністю, ЖКХ, хронічний пієлонефрит, аденома передміхурової залози, цукровий діабет (ЦД), остеохондроз хребта, артроз. Близько 10% осіб похилого віку страждають на депресію, мають захворювання очей — катаракту, глаукому, макулодистрофію, приглухуватість, що розвинулася внаслідок невриту слухового нерва чи отосклерозу (Белялов Ф.І., 2012).

Інформація Національного реєстру Австралії свідчить про те, що понад 50% пацієнтів з онкологічними захворюваннями мали артрити, 15,1% — бронхіальну астму, 16,1% — супутні психічні захворювання, 14,6% — серцево-судинну патологію, 9,0% — ЦД (Caughey G.E. et al., 2008).

Серед учасників Національного реєстру Нідерландів 1999–2002 рр. коморбідні стани виявлено у 44% пацієнтів із ЦД. У 11,6% випадків це були ускладнення ЦД, у 24,7% — супутня патологія. Серед учасників реєстру у 32,3% пацієнтів із ЦД було 1 захворювання, у 9,6% — 2, у 2,5% — 3 (Struijs J.N. et al., 2006).

У Нідерландах серед пацієнтів лікаря загальної практики 79% осіб старших вікових груп мають ≥ 2 захворювань (Gijssen R. et al., 2001). Серед учасників національного реєстру онкологічних захворювань (Нідерланди) супутні захворювання мають від 12% (вікова група — < 45 років) до 60% (≥ 70 ро-

ків) (Coebergh J.W. et al., 1999). Вивчення поширеності захворювань серед пацієнтів старших вікових груп показало, що частота коморбідних станів становить від 47% для пацієнтів з АГ до 88% — для пацієнтів із цереброваскулярними захворюваннями (Coebergh J.W. et al., 1999).

У США та Австралії серед пацієнтів віком ≥ 65 років від 55 до 80% мають ≥ 2 захворювань із хронічним перебігом (Caughey G.E. et al., 2008; Marengoni A. et al., 2011).

Результати анкетного опитування осіб віком ≥ 40 років, проведеного у Бразилії, свідчать про те, що понад 88% мають як мінімум одне захворювання із хронічним перебігом, а у 26% кількість захворювань становить ≥ 3 (Carvalho A.K. et al., 2012).

У пацієнтів віком ≥ 60 років із метаболічним синдромом — комбінація порушень обміну холестерину, глюкози та підвищення артеріального тиску — відзначається з частотою 42–43,5%. Серед цих пацієнтів смертність від ІХС вища на 40%, від АГ — у 2,5–3 рази, від ЦД 2-го типу — у 4 рази, ніж у загальній популяції. Основні складові метаболічного синдрому — абдомінальне ожиріння, гіперліпідемія, інсулінорезистентність — тісно пов'язані зі станом органів травлення (Abbate S.L., 2006; Шляхто Е.В., Конради А.О., 2007; Ткаченко Е.І. і соавт., 2008; Sun G., Kashyap S.R., 2011).

Дослідження 1055 осіб з АГ — пацієнтів Сумського кардіологічного диспансеру — показало наявність супутньої патології у 58,4%. У 13,7% це були наслідки гострого порушення мозкового кровообігу, у 39,5% — ІХС, у 9,3% — наслідки перенесеного гострого інфаркту міокарда, у 32% — серцева недостатність, у 10,9% — ЦД, у 15,7% — ураження нирок (Радченко Г.Д. та співавт., 2012).

Серед пацієнтів, включених до Українського реєстру гострого інфаркту міокарда, АГ виявлена у 79%, ЦД — у 19,1%, ІХС — у 35,1%, хронічна серцева недостатність — у 24%. Крім цього, у 1,9% були онкологічні захворювання, а у 6,1% — хронічна обструктивна хвороба легень (ХОХЛ) (Пархоменко А.Н. і соавт., 2011).

Результати ретроспективного аналізу історій хвороби пацієнтів із подагрою, які проходили лікування в Обласній лікарні м. Чернівці, свідчили, що 51,67% з них мали АГ, 36,7% — ІХС, 13,3% — ЦД 2-го типу, 15,0% — хронічний бронхіт, 30% — остеоартроз, 15,83% — хронічний пієлонефрит. У переважній більшості хворих виявлено супутню патологію органів травлення: хронічний гастрит — у 67,5% пацієнтів, виразку дванадцятипалої кишки — у 5%, синдром подразненого кишечника — у 30,0%, хронічний панкреатит — у 20,83%, хронічний холецистит (як із ЖКХ, так і без неї) — у 55,83%, стеатогепатоз — у 35% (Волошин О.І. та співавт., 2012).

Серед понад 15 тис. пацієнтів, госпіталізованих до відділень терапевтичного профілю Клінічної лікарні №1 м. Вінниці у проміжж 2007–2009 рр., 10,2% мали комбінацію ХОХЛ та серцево-судинної патології (Распутіна Л.В., 2011). Середній вік пацієнтів становив 65,7 \pm 0,6 року. Серед 238 осіб із ХОХЛ, які перебували на стаціонарному чи амбула-

торному лікуванні у медичних закладах міста Івано-Франківська, АГ виявлена у 60,1%, патологія опорно-рухового апарату — у 11,8%, ЦД — у 12,7%, патологія щитовидної залози — у 7%, гепатобіліарної системи — у 15,8%, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба — у 13,2%, депресія — у 22,8% (Островський М.М., Герич П.Р., 2011).

Аналіз смертності у відділеннях хірургічного профілю багатопротипільної лікарні у 2008 р. показав, що у 44,5% померлих діагностовано комбінацію гострої хірургічної патології та захворювання серцево-судинної системи. Безпосередньою причиною летальності у 62,3% випадків була декомпенсація кровообігу, у 20% — гостра кровотеча при ерозивно-виразкових ураженнях верхніх відділів травного каналу, у 25% — пневмонія, у 7,9% — тромбоемболія легеневої артерії, не пов'язана з оперативним втручанням. Серед пацієнтів, госпіталізованих до відділення загальної хірургії клініки Московського медичного університету (Російська Федерація) для проведення планових хірургічних втручань, у 81% була АГ, у 37% — ІХС, 17% мали в анамнезі гострий інфаркт міокарда, 10% — гостре порушення мозкового кровообігу. Серед пацієнтів, направлених на планове хірургічне лікування до відділення серцево-судинної хірургії тієї ж клініки, 82% мали ІХС, 8,3% — порушення ритму, 93% — АГ. Крім того, серед цих осіб у 25,1% виявлено виразку дванадцятипалої кишки, у 16% — ЖКХ, у 23% — ХОХЛ, у 5,3% — патологію щитовидної залози (Верткин А.Л. і соавт., 2011).

При аналізі коморбідності у пацієнтів, які перебували на лікуванні у хірургічній клініці Республіканської лікарні №1 м. Іжевська (Російська Федерація), виявлено високу частоту супутньої патології серцево-судинної системи: у 35% пацієнтів — АГ, у 20% — ІХС. Супутня патологія системи дихання виявлена у 20,3 пацієнтів, органів травлення — у 38,6%, 15% пацієнтів мали ЦД, 9,8% — хронічну венозну недостатність, у 1,8% з них виникли тромбоемболічні ускладнення. Причиною 2,6% випадків смерті у відділенні була комбінація серцево-судинної та хронічної бронхолегеневої патології (Стяжжина С.Н. і соавт., 2011).

Значення для клінічної практики

Значення проблеми коморбідності для практичної діяльності перш за все, зумовлене тим, що наявність декількох захворювань із хронічним перебігом призводить до погіршення якості життя. Так, опитування за допомогою анкети SF-36, проведене серед пацієнтів Сумського кардіологічного диспансеру, показало достовірне зниження якості життя пацієнтів з АГ порівняно зі здоровими людьми, особливо, в тому, що стосується повсякденної діяльності. У дослідженні виявлено достовірну кореляцію сумарного показника якості життя з наявністю супутньої патології — ІХС та захворювань нирок (Радченко Г.Д. та співавт., 2012).

За результатами 20-річного проспективного дослідження, проведеного в Інституті кардіології ім. О.Л. М'ясишківа (Російська Федерація), серед факторів, що нега-

тивно впливають на прогноз у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю, важливу роль відіграє наявність таких супутніх захворювань, як ІХС, ХОХЛ, анемія, депресія, порушення функції нирок (цит. за: Дзяк Г.В., Ханюков А.А., 2010).

Коморбідність призводить до збільшення витрат на діагностичні обстеження та лікування, збільшує термін госпіталізації, є найчастішою причиною непрофільної госпіталізації хворих та призводить до зменшення оперативної активності відділень хірургічного профілю (Верткин А.Л. и соавт., 2011). Надання медичної допомоги пацієнтам із коморбідними захворюваннями потребує збільшення витрат системи охорони здоров'я (Gijssen R. et al., 2001; Mercer S.W. et al., 2011). Так, у США понад 80% коштів страхової медицини (програма Medicare) йде на покриття витрат на надання медичної допомоги пацієнтам із ≥ 4 захворюваннями з хронічним перебігом (Valderas J.M. et al., 2009). У дослідженні Н.С. Kim та співавторів (2012) показано, що у пацієнтів із ЦД частота контактів із лікарем за відсутності супутніх захворювань становила в середньому 9 відвідин на рік, за наявності 1; 2; ≥ 3 супутніх захворювань їх число збільшувалося до 14; 21 та 29 відповідно. Число виписаних рецептів збільшувалося з 18 до 26; 40 і 57, середня кількість госпіталізацій на рік становила відповідно 1,7; 2,3; 2,9 і 3,2 випадку, середня тривалість перебування у стаціонарі — 6,7; 6,3; 8,0 і 11,2 дня відповідно (Gijssen R. et al., 2001; van Busseel V. et al., 2007; Белялов Ф.И., 2012; Kim H.S. et al., 2012). Серед пацієнтів із ЦД консультацію спеціалістів вузького профілю отримали 12,3%, за наявності ускладнень ЦД ця частка збільшилася до 33,3% (Struijs J.N. et al., 2006).

Пацієнти із супутніми захворюваннями зазвичай виключаються зі складу учасників контрольованих рандомізованих досліджень, проведених на засадах доказової медицини, які служать базою для створення клінічних настанов. Лише 12% клінічних настанов, які використовуються в Австралії, та 44% клінічних настанов у США надають спеціальні рекомендації для пацієнтів із коморбідними станами (Boyd C.M. et al., 2005; Vitry A.I., Zhang Y., 2008).

Поліморбідні захворювання та стани можуть суттєво вплинути на діагностику та лікування пацієнтів. Сліпе використання положень рекомендацій та клінічних настанов без урахування клінічного стану конкретного пацієнта, зокрема наявності у нього супутньої та комбінованої патології, може призвести до погіршення результатів лікування та розвитку ускладнень (Mercer S.W. et al., 2011). Тому створення клінічних рекомендацій та настанов щодо надання медичної допомоги при найбільш розповсюджених поєднаних захворюваннях має важливе значення для клінічної практики.

Для стандартизації наукових досліджень поєднаних захворювань запропоновано декілька індексів коморбідності. Найпопулярніший з них — індекс Чарлсона (Charlson Index), який використовується для прогнозу летальності. Кумулятивна шкала рейтингу

захворювання (Cumulative Illness Rating Scale — CIRS) оцінює стан усіх систем організму без специфічних діагнозів. Індекс поєднаного захворювання (Index of Coexisting Disease — ICED) враховує ступінь тяжкості захворювання та непрацездатності. Поряд з удосконаленням індексів мультиморбідних захворювань вважаємо важливим створення індикаторів, що включають також інші фактори (фізичну активність, когнітивний рівень, стан афективної сфери тощо), що впливають на стан здоров'я. Важливо, аби такі індекси були простими та зручними для використання у повсякденній клінічній практиці (Boyd C.M. et al., 2005; Fried L. et al., 2006).

Таким чином, поєднана соматична патологія створює труднощі як для встановлення діагнозу, так і для призначення лікування (Гуменюк А.Ф., 2009; Козловский В.Л., 2012; Смудевич А.Б. (ред.), 2011; Nobili A. et al., 2011). Дуже важливо, аби такі пацієнти перебували під диспансерним наглядом і вчасно проходили як клінічні огляди, так і необхідні клініко-інструментальні дослідження.

Результати власних досліджень

У Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС) усі пацієнти проходять щорічне диспансерне обстеження, що дає можливість проводити моніторинг стану здоров'я та вчасно виявляти й усувати патологічні стани. Крім цього, створена комп'ютерна база пацієнтів, що дозволяє проводити аналіз поширеності окремих захворювань та коморбідних станів.

Для визначення особливостей поширеності захворювань внутрішніх органів у пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС з комп'ютерної бази даних методом випадкової вибірки було відібрано 400 пацієнтів, із них 200 осіб чоловічої статі (100 віком < 60 років, 100 — віком ≥ 60 років) та 200 осіб жіночої статі (100 — віком < 60 років та 100 — ≥ 60 років).

Проведений статистичний аналіз показав, що в цілому по групі 27,5% пацієнтів мали 1 захворювання, 28,5% — 2, 44% — ≥ 3 . При цьому варто зауважити, що у осіб віком ≥ 60 років достовірно частіше виявлено ≥ 3 захворювань — у 63% чоловіків та 64% жінок (табл. 1). Отримані результати підтверджують загальну тенденцію щодо збільшення кількості захворювань у пацієнтів старших вікових груп (Дрангой М.Г., 2007; Лазебник Л.Б., 2007; van Busseel V. et al., 2007; Marengoni A. et al., 2011).

Нами проведено аналіз кількості захворювань серцево-судинної системи та захворювань системи органів травлення (діагнозів згідно з МКХ-10) на 1 пацієнта (табл. 2).

Як свідчать дані (див. табл. 2), у пацієнтів віком ≥ 60 років збільшується кількість захворювань серцево-судинної системи і системи органів травлення.

АГ — найбільш поширене захворювання у пацієнтів випадкової вибірки (63,75%). Результати статистичного аналізу свідчили, що у більшості пацієнтів АГ поєднується з іншими захворюваннями серцево-судинної системи, системи органів травлення або ЦД 2-го типу. У табл. 3 наведено аналіз поширеності інших захворювань серцево-судинної системи у хворих на АГ. Серед пацієнтів віком ≥ 60 років 42% осіб мали комбінацію АГ, ІХС та цереброваскулярної патології.

Серед пацієнтів з АГ супутня патологія системи органів травлення виявлена у 62,35%, ЦД 2-го типу — у 14,9%. Найбільш поширеними захворюваннями системи органів травлення були захворювання кишечника (синдром подразнення товстої кишки, хронічний коліт) у 59%; захворювання печінки, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів (хронічний гепатит, неалкогольний жировий гепатоз) — 43%; захворювання підшлункової залози (хронічний панкреатит) — 28%; захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки (гастрорезофагальна рефлюксна хвороба, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит) — 40%.

Таблиця 1 Розподіл пацієнтів випадкової вибірки відповідно до кількості захворювань

Кількість захворювань у пацієнтів	Чоловіки віком				Жінки віком			
	< 60 років (n=100)		≥ 60 років (n=100)		< 60 років (n=100)		≥ 60 років (n=100)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	50	50	5	5	49	49	6	6
2	25	25	32	32	27	27	30	30
≥ 3	25	25	63	63	24	24	64	64

Таблиця 2 Середня кількість захворювань серцево-судинної системи та системи органів травлення у одного пацієнта

Показник	Чоловіки віком		Жінки віком	
	< 60 років (n=100)	≥ 60 років (n=100)	< 60 років (n=100)	≥ 60 років (n=100)
Кількість захворювань серцево-судинної системи	0,8	1,3	0,7	1,4
Кількість захворювань травної системи	0,74	1,4	0,76	1,57

Таблиця 3 Поширеність супутньої патології серцево-судинної системи у пацієнтів з АГ

Захворювання (МКХ-10)	Чоловіки віком				Жінки віком			
	< 60 років (n=48)		≥ 60 років (n=79)		< 60 років (n=46)		≥ 60 років (n=82)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
АГ	15	31,25	0	0	10	21,74	0	0
АГ + ЦВХ	20	41,67	6	7,59	21	45,65	12	14,63
АГ + ІХС	8	16,67	31	39,24	7	15,22	28	34,15
АГ + ЦВХ + ІХС	5	10,42	42	53,16	8	17,39	42	51,22

АГ — І10 згідно з МКХ-10; ЦВХ — цереброваскулярні хвороби (І60–І69 згідно з МКХ-10); ІХС — серцево-судинні захворювання (І20–І52 згідно з МКХ-10).

Висновки

1. Поліморбідність — важлива проблема сучасної клінічної медицини. Причинами поліморбідності є анатомічна близькість уражених органів, спільний патогенез, причинно-наслідковий зв'язок або випадкове поєднання захворювань.

2. Надання медичної допомоги пацієнтам із поліморбідними захворюваннями потребує збільшення витрат системи охорони здоров'я на діагностичні обстеження та лікування. Поліморбідність збільшує термін госпіталізації, є найчастішою причиною непрофільної госпіталізації хворих.

3. У пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, які перебувають на диспансерному обліку і проходять щорічне обстеження, визначається висока частота поєднаної патології: у 28,5% діагностовано 2 захворювання, у 44% — ≥3. У пацієнтів віком старше 60 років частота поєднаної патології зростає: ≥3 захворювань виявляють у 63% чоловіків та 64% жінок. Найбільш поширеними комбінаціями є поєднання захворювань серцево-судинної системи і органів травлення.

4. Для підвищення ефективності медичної допомоги цим пацієнтам важливе значення має розробка алгоритму дій лікаря при найбільш поширених коморбідних станах.

Список використаної літератури

Белуосов Ю.В. (2012) Коморбидність при захворюваннях шлунково-кишкової системи. *Здоров'я ребенка*, 1(36): 134–136.

Белялов Ф.И. (2012) Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. РИО ИГМА-ПО, Иркутск, 283 с.

Вертин А.Л., Ховасова Н.О., Литвин Т.Г. (2011) Корректоры метаболизма — важное дополнение в профилактике послеоперационных нехирургических осложнений у больных отделений общей и сосудистой хирургии. *Consilium Medicum*, 2: 90–98.

Волошин О.І., Догаліч О.І., Волошина Л.О., Гавриш Л.О. (2012) Вікові та статеві аспекти коморбідної та супутньої патології у хворих на подагру (ретроспективне дослідження). *Буковин. мед. вісн.*, т. 16, № 2(62): 20–23.

Гуменюк А.Ф. (2009) Аспекти раціонального лікування серцево-судинних хворих з поліморбідними ураженнями. *Укр. мед. часопис*, 5(73): 25–32.

Дворецкий Л. (2012) Ятрогенные события у пожилых больных. *Врач*, 5: 14–17.

Дзяк Г.В., Ханюков А.А. (2010) Стратификация риска пациентов с хронической сердечной недостаточностью: вопросы коморбидности. *Медицина газета «Здоров'я України XXI сторіччя»*, 3: 22–23.

Дрангой М.Г. (2007) Возрастные болезни. Эксмо, Москва, 738 с.

Козловский В.Л. (2012) Дифференцированная фармакотерапия коморбидных тревожных и депрессивных состояний: метод. рекомендації. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, с. 4–6.

Комиссаренко И.А. (2009) Полиморбидность и метаболический синдром у пожилых. *Клин. геронтология*, 15(1): 29–38.

Лазебник Л.Б. (2007) Старение и полиморбидность. *Новости медицины и фармации*, 1: 10–11.

Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Дроздов В.И., Ефремов Л.И. (2007) Полипрагмазия: гериатрический аспект проблемы. *Consilium Medicum*, 9(12): 29–34.

Махов В.М., Соколова А.А. (2009) Коморбидность синдрома раздраженного кишечника и хро-

нического энтерита. *Клиническое наблюдение. РМЖ (Русский медицинский журнал)*, 2: 84–86.

Островський М.М., Герич П.Р. (2011) Допитання поліморбідності та коморбідності у хворих на ХОХЛ. *Укр. пульмонолог. журн.*, 4: 19–24.

Пархоменко А.Н., Лугай Я.М., Даншан Н. от имени организаторов и участников регистра Euro Heart Survey ACS Snapshot (2011) Украинский регистр острого инфаркта миокарда как фрагмент Европейского: характеристика больных, организация медицинской помощи и госпитальная терапия. *Укр. мед. часопис*, 1(81): 20–24 (<http://www.umj.com.ua/article/9895>; <http://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/2011/02/2702.pdf>).

Радченко Г.Д., Марцовенко І.М., Сіренко Ю.М. (2012) Якість життя та її зміни на тлі антигіпертензивного лікування: результати 6-місячного спостереження. *Укр. кардіол. журн.*, 3: <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/698>.

Распутіна Л.В. (2011) Коморбідність неспецифічних захворювань органів дихання та серцево-судинної системи в практиці лікаря. *Укр. пульмонолог. журн.*, 4: 25–27.

Смулевич А.Б. (ред.) (2011) Депрессии и коморбидные расстройства. Москва, 157 с.

Стяжкина С.Н., Журавлев К.В., Леднева А.В. и соавт. (2011) Роль коморбидной патологии в хирургии. *Фундаментальные исследования*, 7: 138–140.

Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Белоусова Л.Н., Петренко В.В. (2008) Неалкогольная жировая болезнь печени и метаболический синдром: единство патогенетических механизмов и подходов к лечению. *Эксперим. и клин. гастроэнтерология*, 2: 92–96.

Шляхто Е.В., Конради А.О. (2007) Эпидемиология метаболического синдрома в различных регионах. Зависимость от используемых критериев и прогностическое значение. *Артериальная гипертензия*, 13(2): 95–112.

Abbate S.L. (2006) Hypertension in diabetes: Controlling a critical comorbid condition. *Diabetes Spectrum*, 19(1): 17.

Boyd C.M., Dager J., Boulton C. et al. (2005) Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*, 294(6): 716–724.

Campbell-Scherer D. (2010) Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. *Evid. Based Med.*, 15(6): 165–166.

Carvalho A.K., Menezes A.M., Cameller A. et al. (2012) Prevalence of self-reported chronic diseases in individuals over the age of 40 in São Paulo, Brazil: the PLATINO study. *Cad. Saude Publica*, 28(5): 905–912.

Caughey G.E., Ramsay E.N., Vitry A.I. et al. (2010) Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study. *J. Epidemiol. Community Health*, 64(12): 1036–1042.

Caughey G.E., Roughead E.E. (2011) Multimorbidity research challenges: where to go from here? *Journal of Comorbidity*, 1: 8–10.

Caughey G.E., Vitry A.I., Gilbert A.L., Roughead E.E. (2008) Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia. *BMC Public Health*, 8: 221.

Coebergh J.W., Janssen-Heljnjen M.L., Post P.N., Razenberg P.P. (1999) Serious comorbidity among unselected cancer patients newly diagnosed in the southeastern part of The Netherlands in 1993–1996. *J. Clin. Epidemiol.*, 52(12): 1131–1136.

Dawes M. (2010) Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. *Fam. Pract.*, 27(1): 1–2.

Fortin M., Bravo G., Hudon C. et al. (2005) Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann. Fam. Med.*, 3(3): 223–228.

Fried L., Bernardini J., Piraino B. (2001) Charlson comorbidity index as a predictor of outcomes in incident peritoneal dialysis patients. *Am. J. Kidney Dis.*, 37(2): 337–342.

Gijsen R., Hoeymans N., Schellevis F.G. et al. (2001) Causes and consequences of comorbidity: a review. *J. Clin. Epidemiol.*, 54(7): 661–674.

Kim H.S., Shin A.M., Kim M.K., Kim Y.N. (2012) Comorbidity study on type 2 diabetes mellitus using data mining. *Korean J. Intern. Med.*, 27(2): 197–202.

Marengoni A., Angleman S., Melis R. et al. (2011) Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res. Rev.*, 10(4): 430–439.

Mercer S.W., Gunn J., Wyke S. (2011) Improving the health of people with multimorbidity: the need for prospective cohort studies. *J. Comorbidity*, 1: 4–7.

Nobili A., Garattini S., Mannucci P.M. (2011) Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *J. Comorbidity*, 1: 28–44.

Struijs J.N., Baan C.A., Schellevis F.G. et al. (2006) Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization. *BMC Health Serv. Res.*, 6: 84.

Sun G., Kashyap S.R. (2011) Cancer risk in type 2 diabetes mellitus: metabolic links and therapeutic considerations. *J. Nutr. Metab.*, 2011: 708183.

Valderas J.M., Starfield B., Sibbald B. et al. (2009) Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann. Fam. Med.*, 7(4): 357–363.

van Bussel B., Pijpers E., Ferreira I. et al. (2007) Polymorbidity in diabetes in older people: consequences for care and vocational training. *Postgrad. Med. J.*, 83(986): 763–767.

van Weel C., Schellevis F.G. (2006) Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*, 367(9510): 550–551.

Vitry A.I., Zhang Y. (2008) Quality of Australian clinical guidelines and relevance to the care of older people with multiple comorbid conditions. *Med. J. Aust.*, 189(7): 360–365.

Коморбидність і поліморбидність в терапевтичній практиці

М.Ю. Коломоец, Е.А. Вашеняк

Резюме. В статтю обговорюються питання коморбидності і поліморбидності при захворюваннях внутрішніх органів. Акцентується увага на необхідності взвешеного підходу при назначенні лічення.

Ключевые слова: полиморбидность, коморбидность, пожилой возраст, метаболический синдром.

Comorbidity and multimorbidity in therapeutic practice

M. Yu. Kolomoiets, O. O. Vashenyak

Summary. Questions on comorbidity and multimorbidity in patients with internal diseases are discussed in the article. Attention is centered on the necessity of the reasonable approach for the medical treatment application.

Key words: multimorbidity, comorbidity, elderly, metabolic syndrome.

Адрес для переписки:

Вашеняк Олена Олексіївна
01133, Київ, вул. Верхня, 5
Державна наукова установа
«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами
E-mail: Vashenyak.Elena@mail.ru