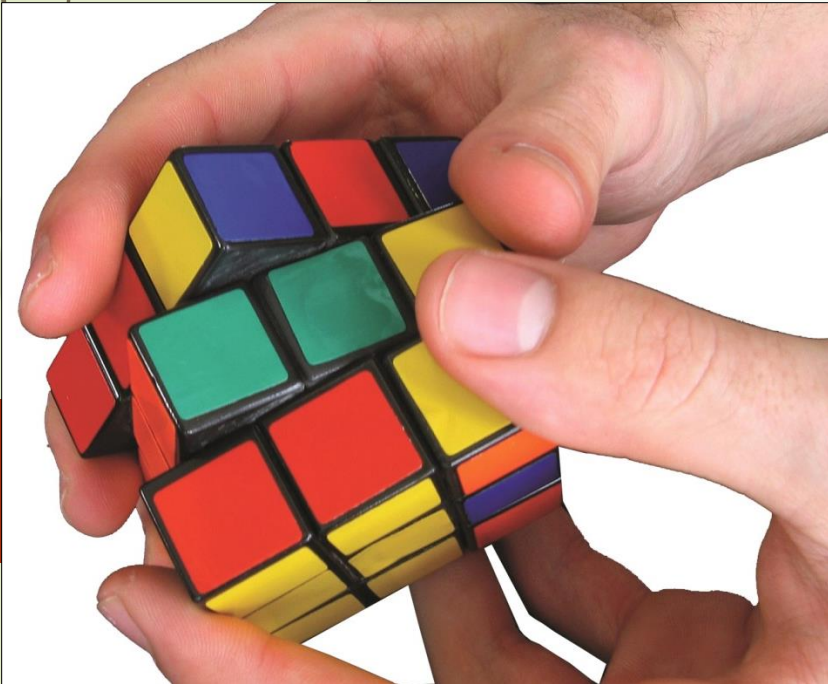


# Проблема коморбидности в терапевтической практике. Изучаем подходы - ищем решение!



Герой Труда ДНР, член-корр. НАМНУ, Заслуженный врач ДНР, д.мед.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней **Игнатенко Г. А.**

Д.мед.н., зав. кафедрой факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России **Моногарова Н.Е.**

К.мед.н, доц., заведующий кафедрой терапии им. проф. А.И. Дядыка ФНМФО **Тарадин Г.Г.**

Д.мед.н., профессор, заф. кафедрой фармакологии и клинической фармакологии им. проф. И.В. Комиссарова ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России **Налётов С.В.**



# Коморбидность

- ▶ А на самом деле?
- ▶ Коморбидность (лат. со – вместе, morbus – болезнь) – это наличие дополнительного заболевания, которое уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания и всегда отличается от него.

# В настоящее время общепринятая терминология коморбидности отсутствует

- ▶ Коморбидность – наличие нескольких заболеваний, связанных единым доказанным патогенетическим механизмом [1].
- ▶ Мультиморбидность – наличие нескольких заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами [2, 8].
- ▶ Vanden Akker с соавт. дали принципиальное уточнение, определив коморбидность как совместное проявление двух и более хронических заболеваний, взаимосвязанных между собой патогенетически или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них [3, 4].

1. Полторанина В. А. Мультиморбидность как проблема приверженности к лечению и прогноза у пациентов с острым коронарным синдромом // Вестник СурГУ. Медицина. – 2019. - № 3(41). – С. 45-50

2. Нургазизова А. К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность» //Казанский медицинский журнал. – 2014. – т. 95. – №2. – С. 292-296

3. Kraemer H.C. Statistical issues in assessing comorbidity // STAT Medical. 1995. № 14. P. 721–723.

4. Van den Akker M., Buntinx F., Roos S. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature // European Journal of General Practice. 1996. № 2. P. 65–67.

# Причины коморбидности

- ▶ Единый патогенетический механизм нескольких болезней
- ▶ Анатомическая близость пораженных болезнью органов
- ▶ Одна болезнь как осложнение другой
- ▶ Временная причинно-следственная связь между болезнями [5]

## Факторы риска формирования коморбидности

- ▶ Атеросклероз, системное поражение
- ▶ Хронические инфекции
- ▶ Экология, наследственная предрасположенность
- ▶ Системные и обратные метаболические нарушения
- ▶ Социальный статус
- ▶ Ятрогения [5, 6, 7]

5. Арьев А.Л. Полиморбидность в гериатрии / А.Л. Арьев, Н.А. Овсянникова, Г.Т. Арьева, С.Д. Дзахова, В.Х. Хавинсон // Практическая онкология. – 2015. – Т. 16. – № 3. – С. 83-90.

6. Scherer M. Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study / M. Scherer, H. Hansen, J. Gensichen, K. Mergenthal, S. Riedel-Heller, S. Weyerer, et al. // BMC FAM Pract. – 2016. – Vol. 17, № 1. – P. 68.

7. Yarnall A.J. New horizons in multimorbidity in older adults / A.J. Yarnall, A.A. Sayer, A. Clegg, K. Rockwood, S. Parker, J.V. Hindle // Age and Ageing, – Vol. 46, № 6. – P.882–888.



# Типы коморбидности

- *«Причинная коморбидность»* вызвана параллельным поражением различных органов и систем, которое обусловлено единым патологическим агентом; это, например, алкогольная висцеропатия у больных с хронической алкогольной интоксикацией, патология, ассоциированная с курением, или системное поражение при коллагенозах.
- *Осложненная коморбидность* является результатом основного заболевания и поражением через некоторое время органов-мишеней. Примерами этого вида коморбидности являются хроническая почечная недостаточность вследствие диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 2-го типа или же развитие инфаркта головного мозга в результате осложненного гипертонического криза у больных гипертонической болезнью.
- *Ятрогенная коморбидность* проявляется при вынужденном негативном воздействии врача на пациента при условии заранее установленной опасности той или иной медицинской процедуры. Широко известен глюкокортикостероидный остеопороз у больных, длительное время получающих терапию системными гормонами, а также лекарственный гепатит в результате химиопрофилактики туберкулеза легких, назначенной по поводу выража туберкулиновых проб.
- *Неуточненная коморбидность* предполагает наличие единых патогенетических механизмов развития заболеваний, составляющих комбинацию, но требует проведения ряда исследований, подтверждающих гипотезу исследователя или клинициста. Примером, так называемой, *случайной коморбидности* является сочетание ишемической болезни сердца и желчнокаменной болезни. При этом «случайность» и на первый взгляд алогичность указанных комбинаций в скором времени могут быть объяснены с клинических и научных позиций» [16].

# Методологические подходы к определению показателей коморбидности

## ➤ Существует более 10 методов для оценки коморбидности:

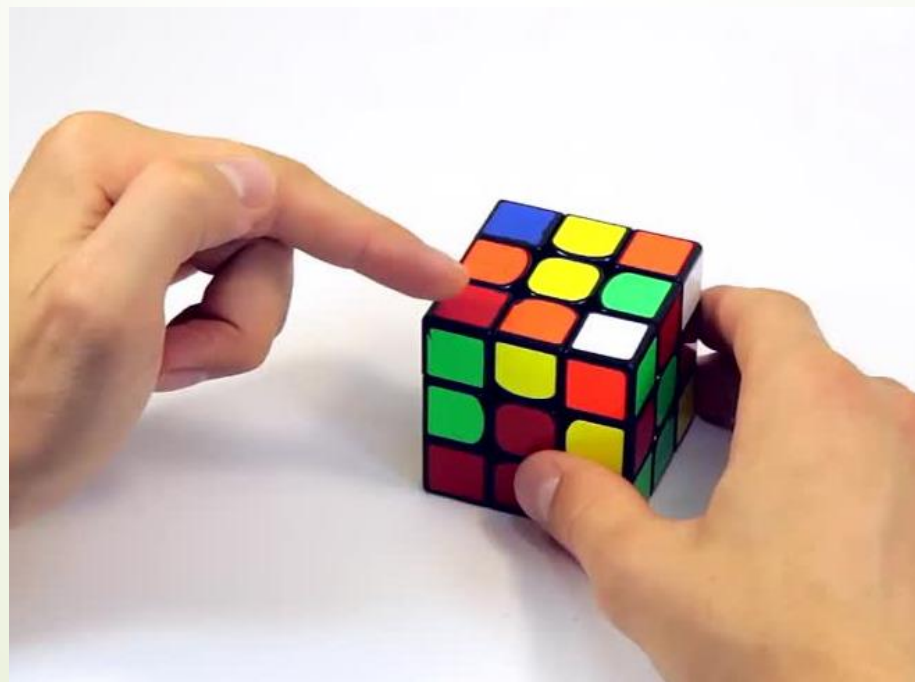
- Оценка индексов CDS (Chronic Disease Score)
- Charlston Index (список определенных диагнозов)
- CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) – суммарно оценивает состояние каждой системы
- DUSOI (Duke Severity of Illness) – оценивает тяжесть состояния больных по четырем шкалам (симптомы болезни, осложнения, прогноз без лечения, возможность излечения) [8]
- Индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease) - данный метод помогает в расчёте продолжительности пребывания в стационаре и риска повторной госпитализации больного после проведённого хирургического вмешательства
- Index TIBI (Total Illness Burden index ) [21]



# НО...

На этапе первичной медицинской помощи пациенты с наличием одновременно нескольких заболеваний являются скорее правилом, чем исключением


➤ На что будем обращать внимание?



# Формулировка диагноза

- ▶ Если больной страдает многими болезнями, то одна из них – основная, сама или вследствие осложнений вызывает первоочередную необходимость лечения в данное время в связи с наибольшей угрозой жизни и трудоспособности
- ▶ Основным является заболевание, послужившее причиной обращения за медицинской помощью
- ▶ По мере обследования, основным становится диагноз прогностически наименее благоприятного заболевания, при этом прочие становятся сопутствующими
- ▶ Основное заболевание само по себе или через осложнения может стать причиной летального исхода [9].





## Основными могут быть несколько конкурирующих тяжелых заболеваний

- ▶ Конкурирующие заболевания – это имеющиеся одновременно у больного нозологические формы, взаимно независимые по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающие критериям основного заболевания

**Фоновое заболевание способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность, способствует развитию**

- ▶ Данное заболевание, также как и основное, требует безотлагательного **осложнений** лечения

# Взаимодействие отдельных нозологий в структуре коморбидности [16].



# Этапы формирования коморбидной патологии [16,17].



# Атеросклероз – «коморбидный фон»? [10, 11,

Сахарный диабет II типа	?
Гипотиреоз	?
Системные заболевания соединительной ткани. Подагра	?
ХПН. Нефротический синдром	?
Холестатические заболевания печени. Неалкогольная жировая болезнь печени	?
Лечение ГКС, прогестероном, андрогенами	

привычные  
клинические  
формы,  
развивающиеся  
при  
атеросклерозе

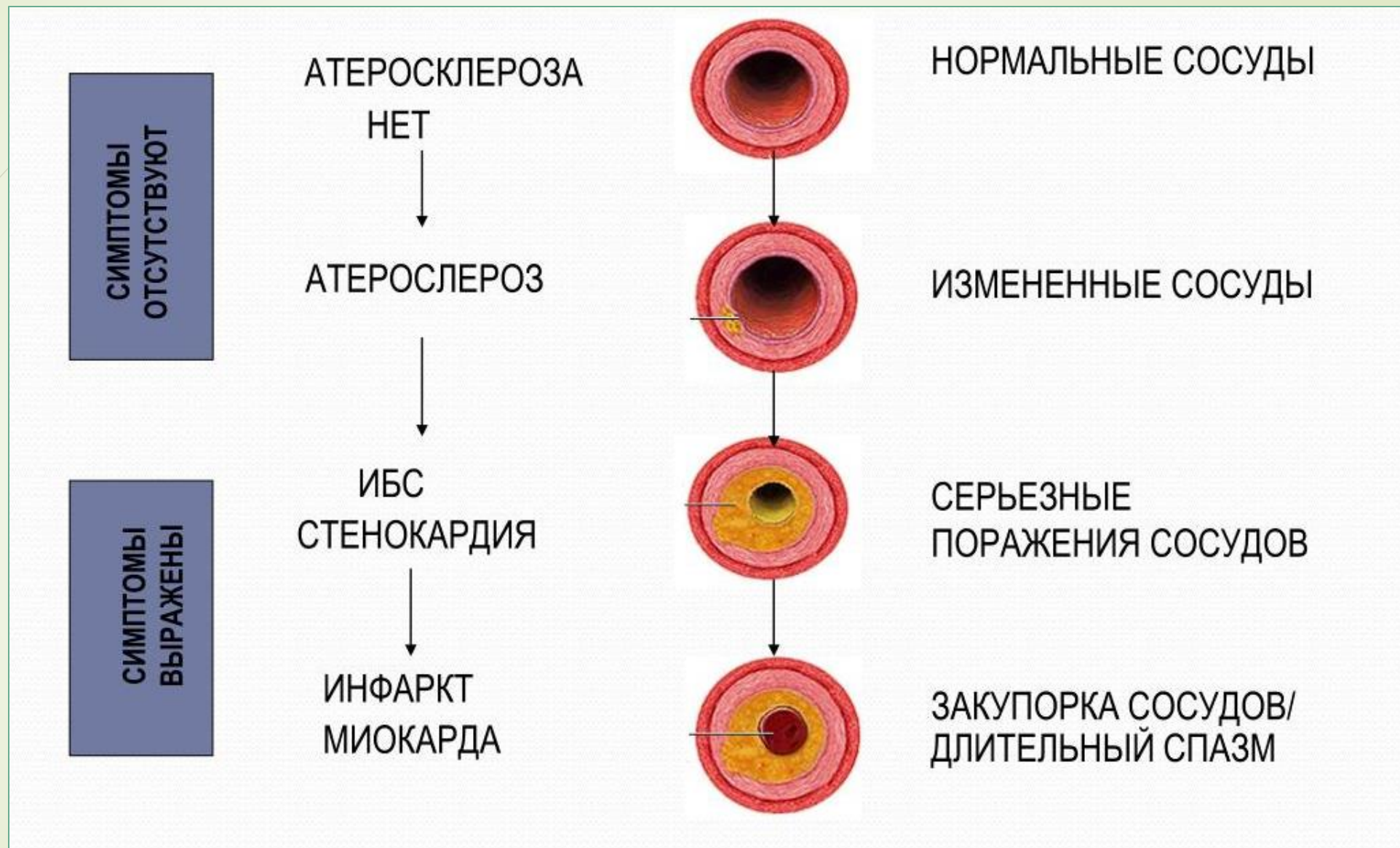
10. Коморбидность в клинической медицине: учебно-методическое пособие /Е.В. Ефремова, А.М. Шутов, В.А. Серов, М.В. Мензоров. – Ульяновск : УлГУ, 2016. – 28 с.

11. Charlson ME, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis 1987;40(5): 373-383.

12. Коморбидный пациент: Руководство для практических врачей /Верткин А.Л., Ховасова Н.О., Беялов Ф.И.



# Роль атеросклероза [13]



# Коморбидность ХОБЛ и ССЗ

- ▶ В патогенезе ХОБЛ ведущим звеном представляется развитие генерализованной хронической воспалительной реакции в ответ на вдыхание сигаретного дыма и вредных частиц, следствием которой являются прогрессирующая обструкция на различных уровнях бронхиального дерева [18]
- ▶ Поскольку обострение ХОБЛ заведомо сопровождается нарастанием системно-воспалительных сдвигов, то можно предположить более выраженную структурно-геометрическую перестройку сердца в случае развития инфаркта миокарда в фазу обострения бронхолегочной патологии. Так, у больных ХОБЛ имеющих 5 и более обострений в течение года риск ОИМ увеличивается примерно в 5 раз [19].
- ▶ Таким образом, фаза обострения ХОБЛ является фактором, провоцирующим развитие ОИМ и триггером ОКС у пациентов с хронической бронхообструкцией

18. Беленков Ю. Н. и др. Коморбидность хронической обструктивной болезни легких и сердечно-сосудистых заболеваний: место терапии современными  $\beta$ —адреноблокаторами // Кардиология. – 2019. – №59(6). – С. 49-50

19. Donaldson G.C., Hurst J.R., Smith C.J., Hubbard R.B., Wedzicha J.A. Increased risk of myocardial infarction and stroke following exacerbation of COPD // Chest 2010 May; 137(5): 1091-1097.

# Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и кардиоваскулярная патология (КВП)

- ГЭРБ-ассоциированные перикардиты и миокардиты
- Нарушения ритма сердца
- Общие факторы риска при ИБС и патологии верхних отделов ЖКТ
- Жизнеугрожающие желудочно-кишечные кровотечения [22, 23]

22. Рябова А.Ю. и др. Коморбидность гастроэнтерологической и кардиоваскулярной патологии как проблема клинической практики // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;199(3): 107–114

23. Maruyama T., Fukata M., Akashi K. Association of atrial fibrillation and gastroesophageal reflux disease: natural and therapeutic linkage of the two common diseases. J Arrhythm. 2018, 35:43–51. 10.1002/joa3.12125

# Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) и КВП

- Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и НАЖБП имеют двунаправленную связь, при которой одно состояние усиливает другое [24]
- У пациентов с НАЖБП в 64 раза выше вероятность фатальных или нефатальных сердечно-сосудистых событий, таких как инфаркт миокарда, инсульт, стенокардия, чем у пациентов без НАЖБП [25]
- У страдающих сахарным диабетом II типа и НАЖБП не только выше вероятность эпизодических или рецидивирующих сердечно-сосудистых событий но и более высокая смертность от всех причин [26, 27]

24. Arslan U., Yenercağ M. Relationship between non-alcoholic fatty liver disease and coronary heart disease. World J Clin Cases. 2020 Oct 26;8(20):4688–4699.

25. Targher G. et al. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of incident cardiovascular disease: A meta-analysis. J Hepatol. 2016;65(3):589–600.

26. Wild S. H., et al. Cardiovascular disease, cancer, and mortality among people with type 2 diabetes and alcoholic or nonalcoholic fatty liver disease hospital admission. Diabetes Care. 2018;41(2):341–347. doi:10.2337/dc17–1590

27. Рябова А.Ю. и др. Коморбидность гастроэнтерологической и кардиоваскулярной патологии как проблема клинической практики // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2022. – № 199 (3). – С.108-111



# Патология щитовидной железы и сердечно-сосудистые заболевания

- ▶ Важными отличительными особенностями поражения сердечно-сосудистой системы являются различные нарушения ритма. Практически у всех пациентов наблюдается постоянная тахикардия, часто регистрируются экстрасистолы и фибрилляция предсердий [28]
- ▶ Гипотиреоз сочетается с АГ, которая чаще бывает диастолической. Кроме того, при гипофункции щитовидной железы отмечается недостаточное снижение АД ночью и его повышенная вариабельность днем [29]
- ▶ Сочетание гипотиреоза с ХСН приводит к более частым случаям декомпенсации ХСН и более выраженному снижению фракции выброса левого желудочка (ЛЖ). А у пациентов с ИБС наличие гипотиреоза увеличивает риск развития АГ [28, 30]

28. Савчук Н.О. и др. Структура аритмического синдрома у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с различными нарушениями функции щитовидной железы // Таврический медикобиологический вестник. 2019;1(22):87–92.

29. Drobysheva E.S., Semko A.A. Hypothyroidism as a risk factor for the development and progression of chronic heart failure in elderly patients with coronary artery disease. In: Science today: global challenges and development mechanisms. Proceedings of the International Scientific and Practical Conference. Vologda, April 25, 2018. Vologda: Marker; 2018. Part 1, pp. 102–105

30. Volkova A.R., Berkovich O.A., Dora S.V., Dygun O.D. Subclinical hypothyroidism and hypertension risk in patients with coronary artery disease. Arterial'naya Gipertenziya = Arterial Hypertension. 2015;21(4):409–415.

# Коморбидность почечной и кардиальной патологии

- ▶ Перегрузка организма жидкостью приводит к развитию острой сердечной недостаточности (ОСН).
- ▶ Гиперкалиемия может привести к аритмии и остановке сердца.
- ▶ Ацидоз, развивающийся при почечной недостаточности, оказывает отрицательный инотропный эффект и повышает риск развития аритмий

Среди основных поражающих факторов сердечно-сосудистой системы и почек можно выделить следующие: активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), симпато-адреналовой системы (САС) и изменение в почечной экскреции натрия. Действие этих факторов по отдельности или в совокупности обуславливает развитие многих клинических патологий ССЗ, а также прогрессирование ХБП. При изменении почечной функции появляются вышеперечисленные механизмы, усугубляющие течение почечной патологии и ССЗ [32].

## Коморбидность при подагре

- ▶ Гиперурикемия способствует развитию мультифокального атеросклероза с поражением коронарных, сонных и почечных артерий
- ▶ При увеличении уровня мочевой кислоты (МК) в сыворотке на 1 мг / дл смертность от ИБС увеличивалась на 20 % [33].
- ▶ Повышение уровня МК в сыворотке на 1 мг/дл увеличивало риск прогрессирования СН на 12 % [34].

33. Atar A.I., Yilmaz O.C., Akin K. et al. Serum uric acid level is an independent risk factor for presence of calcium in coronary arteries: an observational case-controlled study. Anadolu Kardiyol Derg 2013;13(2):139–45.

34. Bhole V., Krishnan E. Gout and the heart. Rheum Dis Clin North Am 2014;40(1):125–43



# Медицинские и социально-экономические последствия коморбидности

- повышению показателей госпитализации, инвалидизации и смертности
- Усложнение диагностики, выбора тактики и средств лечения
- ухудшению прогноза заболеваний
- снижению функциональных возможностей и качества жизни пациентов
- увеличению объема, сроков и стоимости оказания медицинской помощи [8].



# 6 составляющих любого пациент-ориентированного процесса



- Сострадание
- Самосознание
- Взаимопомощь

- Временные рамки
- Работа в команде коллег
- Экономное использование ресурсов

- Анамнез жизни и заболевания
- Физикальное обследование
- Лабораторные данные
- Чувства пациента, его толкование происходящего

**Реалистичность**

**Объективный и субъективный подходы**

- Личный жизненный опыт пациента
- Семья, работа, социальная поддержка
- Социум, экология

**Партнерство о пациент-врач**

**Пациент-ориентированная медицина**

**Больной, а не болезнь**

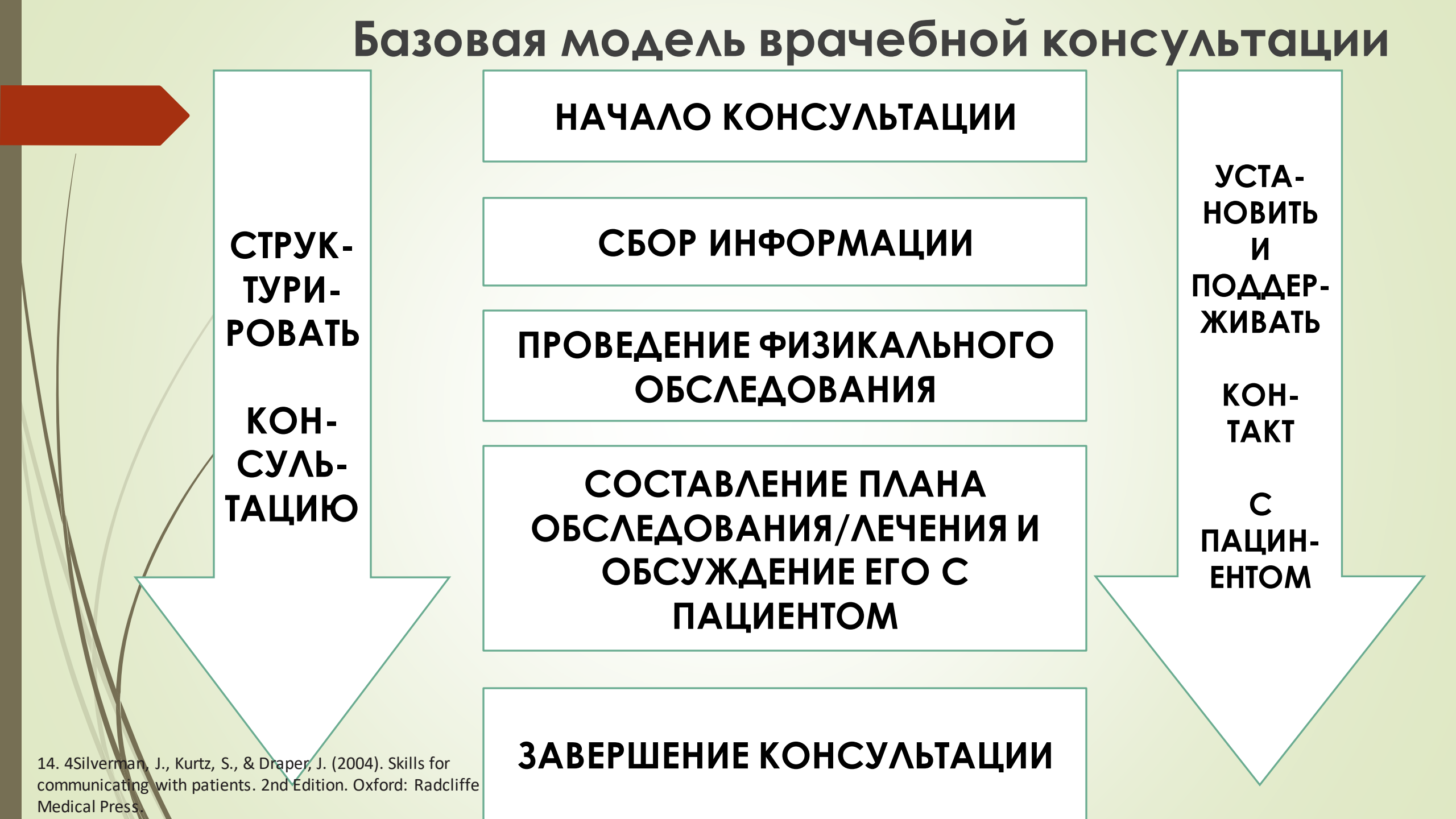
- Улучшение здоровья
- Ранняя диагностика
- Снижение риска осложнений

**Профилактический подход**

**Общие ценности для врача и пациента**

- Проблемы и приоритеты
- Цели лечения и наблюдения
- Роль врача и пациента

# Базовая модель врачебной консультации



**СТРУКТУРИРОВАТЬ**

**КОНСУЛЬТАЦИЮ**

**НАЧАЛО КОНСУЛЬТАЦИИ**

**СБОР ИНФОРМАЦИИ**

**ПРОВЕДЕНИЕ ФИЗИКАЛЬНОГО  
ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА  
ОБСЛЕДОВАНИЯ/ЛЕЧЕНИЯ И  
ОБСУЖДЕНИЕ ЕГО С  
ПАЦИЕНТОМ**

**ЗАВЕРШЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ**

**УСТА-  
НОВИТЬ  
И  
ПОДДЕР-  
ЖИВАТЬ**

**КОН-  
ТАКТ**

**С  
ПАЦИН-  
ЕНТОМ**

# Карта консультации по Пендлтону [15]

**1. Возникновение и развитие проблемы**

**2. Этиология проблемы**

**3. Идеи пациента**

**4. Проблемы пациента**

**5. Ожидания пациента**

**6. Эффект проблемы**

**7. Длительность проблемы**

**8. Факторы риска**

**9. Предпринятые действия**

**10. Взаимопонимание**


**11. Вовлечение пациента в процесс принятия решений, связанных с его терапией**



## Двенадцать тезисов коморбидности

- Тезис 1. Коморбидные болезни встречаются часто, особенно у пожилых пациентов.
- Тезис 2. Повышенная частота коморбидности не может объясняться только высокой распространенностью болезней.
- Тезис 3. У пациентов с коморбидными заболеваниями возрастает тяжесть состояния и ухудшается прогноз.
- Тезис 4. Коморбидность необходимо учитывать при диагностике болезней.



- 
- Тезис 7. Коморбидные заболевания требуют значительного увеличения медицинских ресурсов.
  - Тезис 8. Повышение числа медикаментов увеличивает риск побочных эффектов.
  - Тезис 9. Коморбидные болезни снижают приверженность пациентов к лечению.
  - Тезис 10. Необходимо больше научных исследований диагностики и лечения сочетанных болезней.
  - Тезис 11. Важно выработать оптимальную стратегию ведения сочетанных болезней.
  - Тезис 12. В рекомендации по диагностике и лечению заболеваний целесообразно включать разделы коморбидных заболеваний и состояний [31].

При наличии коморбидных состояний значительно снижается качество жизни при различных заболеваниях



## Качество жизни

- ▶ Это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.
- ▶ Это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами

Эксперты Межнародного центра исследования качества жизни рассматривают качество жизни как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии.

# Подходы к лечению при коморбидности

## ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП:

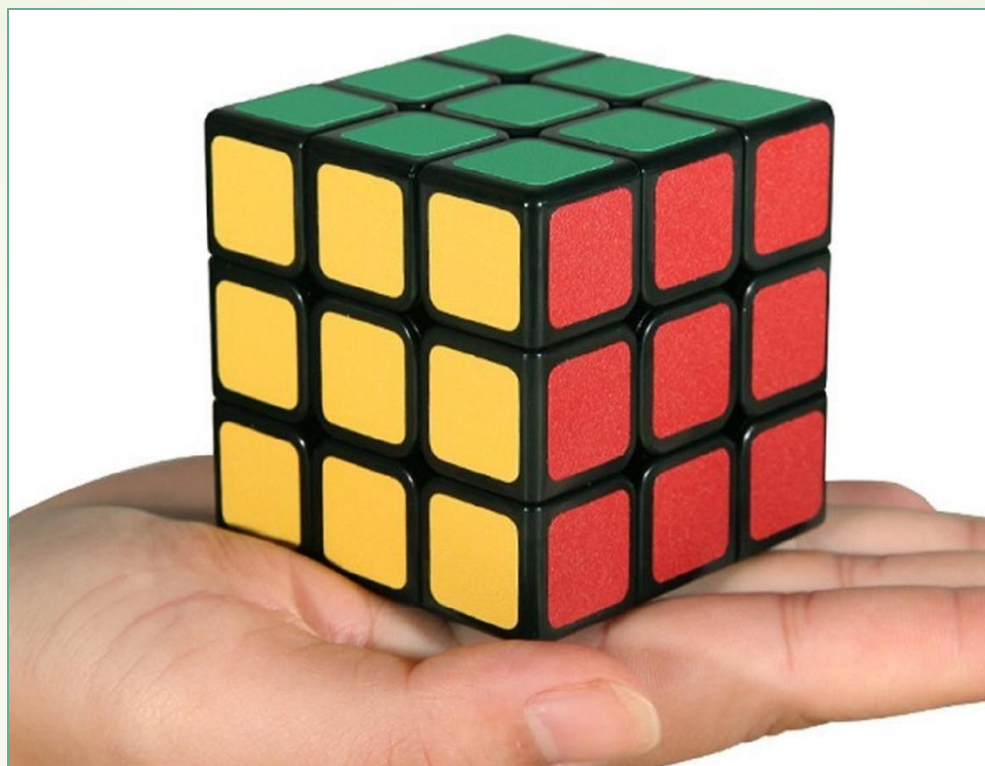
- ▶ Персонализированная оценка и разработка индивидуального плана курации

## ЦЕЛЬ:

- ▶ Улучшить качество жизни пациентов, уменьшив незапланированную или несогласованную помощь [20].

Учеными и специалистами все больше акцентируется внимание на необходимости разработки эффективных стратегий ведения пациентов с полиморбидной патологией, установления приоритетов в лечении с целью повышения качества жизни, сокращения нежелательных вмешательств, последствий полипрагмазии [8].





**ХОРОШЕЕ НАЧАЛО...**