

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Юнусова Зебо Васиджановна

АДТИ, старший преподаватель кафедры ИКП

Аннотация: В настоящем обзоре обобщаются многочисленные исследования психических факторов при заболеваниях внутренних органов. Показана роль психического состояния в диагностике, течении, оценке тяжести, прогнозе и лечении соматических заболеваний.

Ключевые слова: внутренние болезни, коморбидность, лечение.

THE PROBLEM OF COMORBIDITY IN DISEASES OF INTERNAL ORGANS

Yunusova Zebo Vasidzhanovna

ADTI, Senior Lecturer of the Department of ICP

Abstract: This review summarizes numerous studies of mental factors in diseases of the internal organs. The role of the mental state in the diagnosis, course, severity assessment, prognosis and treatment of somatic diseases is shown.

Keywords: internal diseases, comorbidity, treatment.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы все больше внимания уделяется особенностям диагностики и лечения пациентов с сочетанием двух и более заболеваний. Сосуществование болезней нередко в отечественных работах описывается как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния. В зарубежной научной литературе чаще применяются термины коморбидные заболевания или состояния (comorbid diseases, comorbid conditions),

коморбидность (comorbidity), мультиморбидность (multimorbidity). Многолетний клинический и научный опыт, анализ многочисленных исследований позволил сформулировать основные позиции по проблеме коморбидности в виде тезисов с кратким обоснованием и комментариями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Коморбидные болезни встречаются часто, особенно у пожилых пациентов. Врачам часто приходится вести пациентов с сочетанием нескольких заболеваний. Анализ 10-летнего австралийского исследования пациентов с шестью распространенными хроническими болезнями показал, что половина пожилых пациентов с артритом имеют артериальную гипертензию, 20% — сердечно-сосудистые заболевания, 14% — диабет и 12% — психические расстройства [1]. Более 60% пациентов с астмой указали на сопутствующий артрит, 20% — сердечно-сосудистые заболевания и 16% — диабет, а среди пациентов с сердечно-сосудистыми болезнями 60% имели артрит, 20% — диабет и 10% — астму или психические проблемы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Повышенная частота коморбидности не может объясняться только высокой распространенностью болезней. Исследования показывают, что нельзя полностью объяснить высокую распространенность сочетания заболеваний только математическим умножением частот. Можно предложить следующую типологию коморбидности заболеваний:

- случайная — случайное сочетание;
- причинная — общая причина вызывает обе болезни;
- осложненная — основное заболевание вызывает другое;
- неуточненная — состояния связаны, но причинные отношения

точно не определены.

Неслучайный характер связи заболеваний может быть обусловлен общими причинами, факторами риска и неспецифическими патофизиологическими механизмами. В частности, вирус гепатита С может

вызвать гломерулонефрит, периферическую нейропатию, миокардит, тиреоидит и другие болезни [3].

Такие известные факторы риска, как артериальная гипертензия, дислипидемия, гипергликемия, диабет и курение, являются общими факторами риска ИБС, ишемического инсульта, перемежающейся хромоты, сердечной недостаточности, хронической болезни почек, эректильной дисфункции.

Универсальные неспецифические патофизиологические механизмы играют важную роль в развитии полиморбидности. Объяснить повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с хроническими воспалительными болезнями только влиянием традиционных факторов риска не удастся [2]. Выяснено, что воспаление играет важную роль не только в развитии артритов и системных заболеваний соединительной ткани, но и атеросклероза сосудов.

У пациентов с коморбидными заболеваниями возрастает тяжесть состояния и ухудшается прогноз. Практикующим врачам хорошо известно, что наличие сопутствующих заболеваний негативно влияет на течение и исходы заболеваний. Исследования подтверждают эти наблюдения. В частности, коморбидные заболевания, особенно сердечно-сосудистые, значительно (+78%) повышают смертность пациентов с диабетом II типа, находящихся на перитонеальном диализе [3].

Среди пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, получающих длительную кислородо-терапию, в случае индекса коморбидности Чарлсона равном 0; 1 или 2 и более смертность через 3 года составила 55; 64,5 и 82,3% соответственно [4]. На каждые 10% снижения объема форсированного выдоха за 1 с сердечно-сосудистая смертность у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких возрастает на 28% [1].

Лечение заболевания требует учета коморбидности. Многие лекарственные препараты имеют сложный механизм действия, связанный с

различными органами и тканями. Так при значительном нарушении функции почек и печени необходимо изменять дозы препаратов, преимущественно выводящихся через почки или метаболизирующихся в печени. Например, при скорости клубочковой фильтрации менее 10 мл/мин следует на 50% снизить дозу ловастатина, флувастатина, симвастатина, а вот дозировка аторвостатина и правастатина не меняется [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рекомендации по диагностике и лечению заболеваний целесообразно включать разделы коморбидных заболеваний и состояний. Коморбидные болезни и состояния могут существенно повлиять на диагностику и лечение пациентов. Если использовать существующие рекомендации без учета коморбидности, особенно у пожилых, то лечение может быть небезопасным [1]. Поэтому важно включать соответствующие разделы ведения распространенных сочетанных состояний в рекомендации для практикующих врачей.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Caughey, G.E.* Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia / G.E. Caughey, A.I. Vitry, A.L. Gilbert, E.E. Roughead // BMC Public Health. — 2008. — Vol. 8. — P.221.
2. *Aronow, W.S.* Prevalence of CAD, complex ventricular arrhythmias, and silent myocardial ischemia and incidence of new coronary events in older persons with chronic renal insufficiency and with normal renal function / W.S. Aronow [et al.] // Am. J. Card. — 2000. — Vol. 86. — P.1142—1143.
3. АНА/НKF. Detection of chronic kidney disease in patients with or at increased risk of cardiovascular disease // Circulation. — 2006. — Vol. 114. — P.1083—1087.
4. *Van den Akker, M.* Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases / M. Van den Akker, F. Buntinx, J.F. Metsemakers [et al.] // J. Clin. Epidemiol — 1998. — Vol. 51, № 5. — P. 367—375.
5. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW): Chronic diseases and associated risk factors in Australia. — Canberra: ACT, 2006.