О.С. Посметьева[1], Д.О. Стрепетов[1], М.Н. Муравицкая[1], М.М. Романова[1], Е.А. Ханина[1], А.И. Алхасов[2]

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

[1]ФГБОУ ВО ВГМУ имени Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. поликлинической терапии
[2]БУЗ ВО ВГКП №1

Резюме. Исследование посвящено одной из наиболее актуальных проблем современной медицины – оценке коморбидности в амбулаторной практике. В работе проанализированы данные 100 амбулаторных карт пациентов общеврачебного участка городской поликлиники. В ходе исследования установлено, что наиболее часто у пациентов сочетались заболевания органов желудочно-кишечного тракта и заболеваний суставов и соединительной ткани, болезни системы кровообращения и болезни нервной системы, болезни системы кровообращения и органов желудочно-кишечного тракта. Ведущими коморбидными сочетаниями являлись остеоартрит и язвенная болезнь желудка, ишемическая болезнь сердца и хронический гастрит, гипертоническая болезнь и последствия ОНМК, гипертоническая болезнь и ретинопатия. У пациентов установлены ятрогенный и осложненный типы коморбидности, что требует особого внимания врача первичного звена здравоохранения при оценке состояния и выборе тактике ведения больных с сочетанной патологией.

Ключевые слова: коморбидная патология,внутренние болезни, осложненная и ятрогенная коморбидность, амбулаторный прием.

Актуальность. Базовым принципом современной тактикипрофилактики, диагностики и лечения заболеваний является персонифицированный подход к пациенту. Он реализуется, в том числе, учетом всех сопутствующих заболеваний и состояний, а не только той патологии, которая стала поводом к обращению[8]. Для врача первичного звена здравоохранения ведение пациентов, особенно пожилого возраста, с сочетанием нескольких заболеваний или синдромов – рутинная практика [7,10]. По некоторым оценкам, врач общей практики ежедневно сталкивается с коморбидной патологией у 69% у больных молодого возраста,у 93% пациентов среди лиц в возрасте 45–64 лет, и у 98% пациентов пожилого и старческого возраста [3].

Термин «коморбидность» впервые предложил в 1970 г. A. Feinstein. Под коморбидностью подразумевалось наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него[2].

Существует разделение понятий коморбидности и мультиморбидности. Сторонники такого разделения коморбидными считают заболевания, связанные доказанным единым патогенетическим механизмом, а мультиморбидностью – множественные заболевания, не связанные между собой доказанными патогенетическими механизмами [9]. Согласно классификациикоморбидности, предложенной H. C. Kraemer и M. vandenAkker [4,5], выделяют причинную коморбидность, вызванную параллельным поражением различных органов и систем, которое обусловлено единым патологическим агентом (например, алкогольная висцеропатия у больных хронической алкогольной интоксикацией) [1]; осложненную коморбидность, которая является результатом основного заболевания и обычно

последовательно через некоторое время после его дестабилизации проявляется в виде поражения органов-мишеней (острое нарушение мозгового кровообращения в результате осложненного гипертонического криза у больных гипертонической болезнью); ятрогенную коморбидность, являющуюся результатом вынужденного негативного воздействия врача на пациента, при условии заранее установленной опасности той или иной медицинской процедуры; неуточненную или «случайную» коморбидность, предполагающую наличие единых патогенетических механизмов развития заболеваний, составляющих данную комбинацию, не имеющих достаточного подтверждения в настоящее время [6]. Исследований особенностей диагностики и лечения коморбидной патологии проведено мало. В этой связи она представляет практически важную и малоизученную область медицины.

Цель исследования: оценить наиболее часто встречающиеся коморбидныекомбинации в рамках амбулаторного приема врача общей практики.

Матерал и методы исследования. На базе БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая поликлиника №1» в рамках амбулаторного приема врача общей практики было обследовано 100 пациентов в возрасте от 18 до 80 лет, состоящих под диспансерным наблюдением. Для верификации диагнозов использованы данные амбулаторных карт. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программы MicrosoftExcel.

Полученные результаты и их обсуждение.

Анализ выявленных сочетаний классов заболеваний по системам органов представлен в табл. 1.

Таблица 1

Частота выявления сочетаний классов заболеваний на амбулаторном приеме

Классы заболеваний	Количество пациентов абс(%)
Болезни системы кровообращения + Заболевания органов желудочно-кишечного тракта	12 (12)
Болезни системы кровообращения + Заболевания эндокринной системы	7 (7)
Болезни системы кровообращения + Заболевания органов дыхания	5 (5)
Болезни системы кровообращения + Заболевания мочевыделительной системы	9 (9)
Болезни системы кровообращения + Заболевания суставов и соединительной ткани	8 (8)
Болезни системы кровообращения + Болезни нервной системы и психические расстройства	13 (13)
Болезни системы кровообращения + Заболевания органа зрения	11 (11)
Заболевания органов дыхания + Заболевания ЛОР-органов	5 (5)
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта + Заболевания мочевыделительной системы	3 (3)
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта + Заболевания суставов и соединительной ткани	16 (16)
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта + Болезни органов кроветворения	4 (4)
Заболевания эндокринной системы + Заболевания органа зрения	5 (5)
Другие сочетания	2 (2)

Из данных табл. 1 видно, что наиболее часто встречается сочетание заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и заболеваний суставов и соединительной ткани (16% случаев), вторую позицию занимает сочетание болезней системы кровообращения и болезней нервной системы (13%), третье место у сочетания болезней системы кровообращения и органов желудочно-кишечного тракта (12%), болезни системы кровообращения, сочетающиеся с заболеваниями органа зрения, занимают 4-е место (11%). Следует отметить, что в структуре коморбидной патологии лидирующими по частоте компонентами являются болезни системы кровообращения (65% случаев), заболевания органов желудочно-кишечного тракта (35%) и заболевания суставов и соединительной ткани (24%).

Далее был проведено исследование структуры нозологий при наиболее часто встречающихся сочетаниях классов заболваний. Из 16 пациентов, имеющих сочетание заболевания желудочно-кишечного трактаи заболевания суставов и соединительной ткани(рис. 1) у 8 чел. диагностировано сочетание (ОА) и язвенной болезни желудка (ЯБЖ), у 6 чел. – остеохондроза позвоночника (ОХ) и хронического гастрита (ХГ), у 2 пациентов – ревматоидного артрита (РА) и хронического панкреатита (ХП).

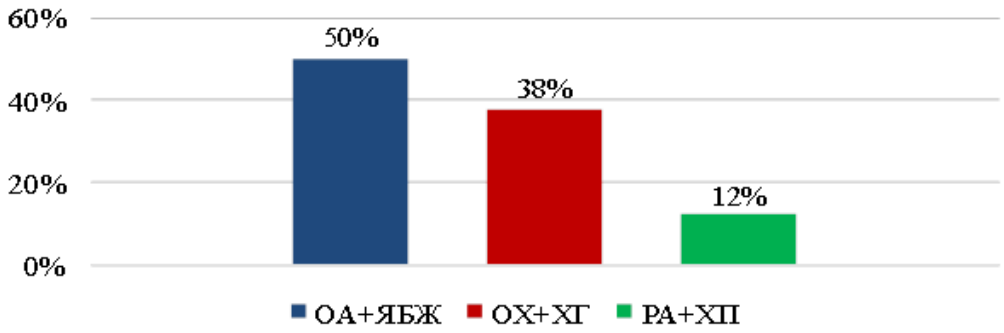

Рис. 1. Структура коморбидной патологии при сочетании заболеваний желудочно-кишечного тракта и заболеваний суставов и соединительной ткани.

Полученные данные могут быть объяснены тем, что пациенты с заболеваниями суставов и соединительной ткани зачастую вынуждены длительно принимать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые могут быть причиной развития НПВП-гастропатии и эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта.

Подобная взаимосвязь прослеживается и у следующей группы пациентов: имеющих сочетание болезни системы кровообращения и заболевания органов желудочно-кишечного тракта (рис.2). Из 12 чел., входящих в данную группу, у 6 диагностировано сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и ХГ, у 5 чел. – гипертонической болезни (ГБ) и ЯБЖ, и у 1 чел. – сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) и хронического холецистита (ХХ).Зачастую стандарт лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями предусматривает прием дезагрегантов

(в частности, ацетилсалициловой кислоты), которые также неблагоприятно воздействуют на слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки.

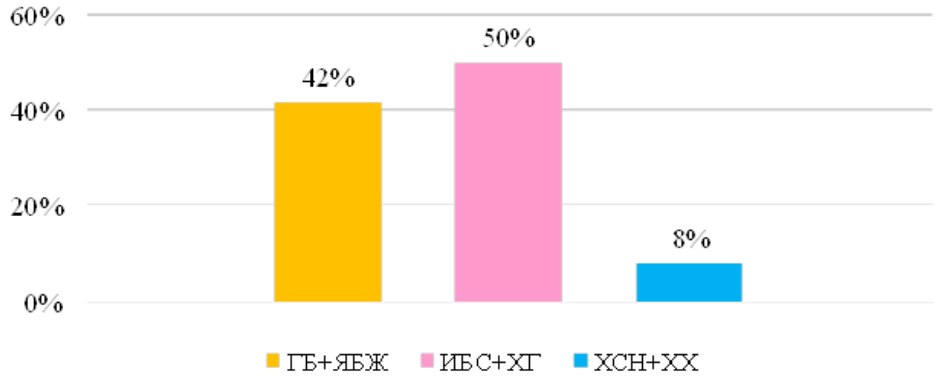

Рис. 2. Структура коморбидной патологии при сочетании болезней системы кровообращения и заболеваний органов желудочно-кишечного тракта.

Описанные сочетания нозологиймогут служить примером ятрогенной коморбидности. Результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к выбору обезболивающей и дезагрегантной терапии при ведении данных групп пациентов.

При анализе коморбидной патологии при сочетании болезней системы кровообращения и болезней нервной системы у 13 пациентов,было установлено, что сочетание гипертонической болезни (ГБ) и последствий острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) имели 8 чел., ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения (ИБС, СтН) + дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) диагностированы у 4 чел., сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) и ДЭП имел 1 пациент (рис. 3).Как известно, одним из органов-мишеней при гипертонической болезни является головной мозг. У 62% больных было выявлено ассоциированное клиническое состояние – последствия ОНМК, что еще раз доказывает важность протекции головного мозга при ГБ, а также выбора правильной тактики ведения больного врачом первичного звена.

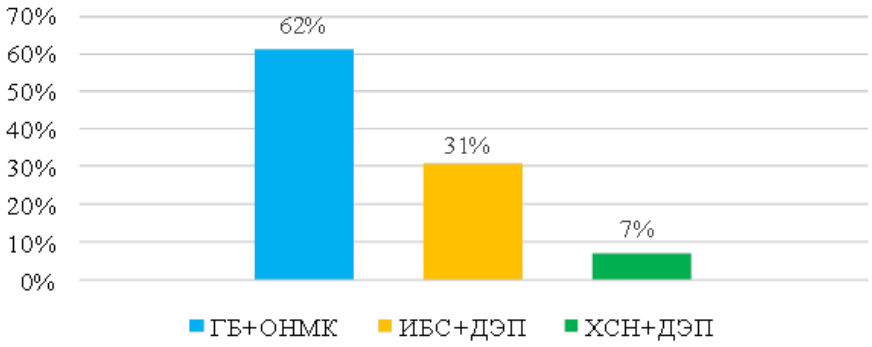

Рис. 3. Структура коморбидной патологии при сочетании болезней системы кровообращения и болезней нервной системы.

Из 11 пациентов, имевших сочетание болезней системы кровообращения и органа зрения, ГБ и глаукома диагностированы у 3 чел., сочетание ИБС и катаракты – у 1 чел., ГБ и ретинопатии – у 7 пациентов (рис. 4).

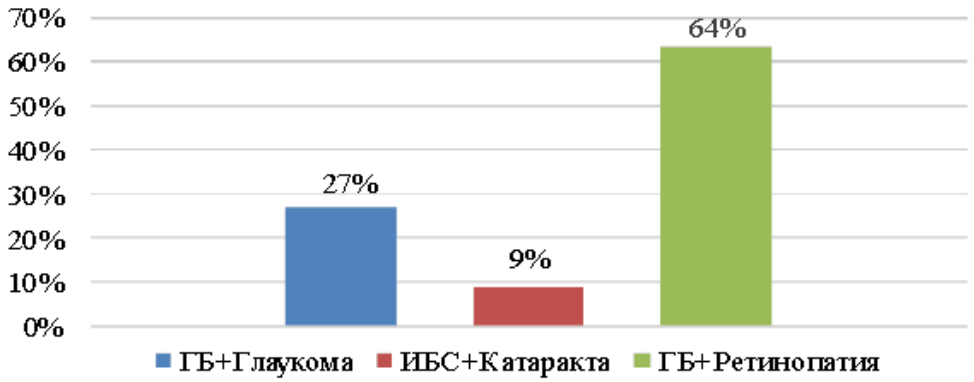

Рис. 4. Структура коморбидной патологии при сочетании болезней системы кровообращения и заболеваний органа зрения.

Еще одним органом-мишенью при ГБ являются сосуды сетчатки глаза, в нашем исследовании выявлено частое сочетание ГБ с ретинопатией (64% пациентов с сочетанием данных классов заболеваний).

Сочетания ГБ и последствий ОНМК и ГБ с ретинопатией относятся к осложненной коморбидности. Ведение таких пациентов требует от врача первичного звена учета их единого патогенетического механизма с целью своевременной профилактики и коррекции.

Выводы. В контингенте исследуемых наиболее часто встречалось сочетание заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, заболеваний суставов и соединительной ткани (16% случаев), болезней системы кровообращения и болезней нервной системы (13%), болезней системы кровообращения и органов желудочно-кишечного тракта (12%).

Наиболее частыми сочетаниями нозологий являлись остеоартрит и язвенная болезнь желудка, ишемическая болезнь сердца и хронический гастрит, гипертоническая болезнь и последствия ОНМК, гипертоническая болезнь и ретинопатия. У пациентов выявлены ятрогенный и осложненный типы коморбидности.

Литература.

1. Gijsen R. Causes and consequences of comorbidity: a review / R. Gijsen [et al.] // Journal of Clinical Epidemiology. -2001; July. - Vol. 54 (7). - P. 661–674.

2. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease / A.R. Feinstein // Journal Chronic Disease. – 1970. – Vol. 23 (7). - P. 455–468.

3. Fortin M. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice / M. Fortin [et al.] // Ann Fam Med. – 2005. - № 3. – P. 223–228.

4. Kraemer H. C. Statistical issues in assessing comorbidity /H. C. Kraemer // Stat Med. – 1995. – Vol. 14. – P. 721–723.

5. Van den Akker M. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature / M. Van den Akker [et al.] // Eur J Gen Pract. – 1996. – Vol. 2 (2). – P. 65–70.

6. Вёрткин А.Л. Коморбидность (часть 1) / А. Л. Вёрткин, М. А. Румянцев, А. С. Скотников // Мед. газета. — 2013. — №13. — С. 8–9.

7. Губанова Г.В. Коморбидный пациент: этапы формирования, факторы риска и тактика ведения [Электронный ресурс] / Г. В. Губанова, Ю. Н. Беляева, Г. Н. Шеметова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - № 6. – Режим доступа: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23986 (дата обращения: 21.10.2018).

8. Казимирова О. В. Перспективы изучения коморбидных состояний в клинической медицине / О. В. Казимирова, М. А. Газалиева // Медицина и экология. – 2017. - № 3. – С. 8-15.

9. Лазебник Л. Б. Полиморбидность и старение / Л. Б. Лазебник // Новости медицины и фармации. – 2007. - № 1. – С. 205.

10. Поровский Я. В. Коморбидность во врачебной практике / Я. В. Поровский, Ф. Ф. Тетенев // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. - № 4. – С. 5-10.

Abstract.

O. S. Posmeteva, D. O. Strepetov, M. N. Muravitskaya, M. M. Romanova, E. A. Khanina, A.I. Alkhasov

COMORBID DISORDERS IN OUTPATIENTS

Voronezh State Medical University

BUZ VO VSCP NO. 1

The study is devoted to one of the most relevant problems of modern medicine – assessment of comorbidity in outpatient practice. The paper analyzes the data of 100 outpatient cards of patients of the General practice of the city polyclinic. The study found that the most common in patients combined diseases of the gastrointestinal tract and diseases of the joints and connective tissue, diseases of the circulatory system and diseases of the nervous system, diseases of the circulatory system and the gastrointestinal tract. The leading comorbid combinations were osteoarthritis and gastric ulcer, coronary heart disease and chronic gastritis, hypertension and the consequences of acute violation of cerebral circulation, hypertension and retinopathy. In patients, iatrogenic and complicated types of comorbidity were established, which requires special attention of the primary health care physician when assessing the condition and choosing the tactics of management of patients with combined pathology.

Keywords: comorbid pathology, internal diseases, complicated and iatrogenic comorbidity, outpatient admission.

References.

1.Gijsen R. Causes and consequences of comorbidity: a review / R. Gijsen [et al.] // Journal of Clinical Epidemiology. -2001; July. - Vol. 54 (7). - P. 661–674.

2. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease / A.R. Feinstein // Journal Chronic Disease. – 1970. – Vol. 23 (7). - P. 455–468.

3. Fortin M. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice / M. Fortin [et al.] // Ann Fam Med. – 2005. - № 3. – P. 223–228.

4. Kraemer H. C. Statistical issues in assessing comorbidity /H. C. Kraemer // Stat Med. – 1995. – Vol. 14. – P. 721–723.

5. Van den Akker M. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature / M. Van den Akker [et al.] // Eur J Gen Pract. – 1996. – Vol. 2 (2). – P. 65–70.

6. Vertkin A. L. Comorbidity (part 1) / A. L. Vertkin, M. A. Rumyantsev, A. S. Skotnikov // Med. newspaper. - 2013. - №13. - P. 8-9.

7. Gubanova G. V. Comorbid patient: stages of formation, risk factors and management tactics [Electronic resource] / G. V. Gubanova, Yu. N.Belyaeva, G. N. Shemetova / / Modern problems of science and education. - 2015. - № 6. – URL://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23986 (date accessed: 21.10.2018).

8. Kazimirova O. V. Prospects of study of comorbid conditions in clinical medicine / O. V. Kazimirova, M. A. Gazalieva // Medicine and ecology. - 2017. - № 3. - P. 8-15.

9. Lazebnik L. B. Polymorbidity and aging / L. B. Lazebnik // News of medicine and pharmacy. - 2007. - № 1. - P. 205.

10. PorovskiyYa. V. Comorbidity in medical practice / Ya. V. Pokrovsky, F. F. Tetenev / / Siberian medical review. - 2015. - № 4. - P. 5-10.

Сведения об авторах: Посметьева Ольга Сергеевна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, e-mail bonissima@mail.ru; Стрепетов Дмитрий Олегович – ординатор ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Муравицкая Марина Николаевна – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Романова Марина Михайловна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Ханина Елена Анатольевна – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Алхасов Али Измирович – врач БУЗ ВО ВГКП №1.