

Мультиморбідність як клінічна проблема

Д.Д. Дячук, Г.З. Мороз, І.М. Гідзинська, Т.С. Ласиця

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, Київ

Мультиморбідність – наявність у одного пацієнта кількох захворювань із хронічним перебігом. Наявність мультиморбідної патології має негативний вплив на якість життя пацієнтів, призводить до виникнення труднощів щодо діагностики і лікування, збільшення термінів госпіталізації та частоти непрофільної госпіталізації хворих, утруднює оцінку ефективності призначеного лікування. В огляді узагальнено інформацію щодо поширеності мультиморбідності, наведено перелік захворювань, які з найбільшою частотою трапляються в таких пацієнтів, зокрема за наявності серцево-судинних захворювань. Наведено опис організаційних засад надання медичної допомоги пацієнтам з мультиморбідністю, виходячи з рекомендацій ВООЗ, Американської асоціації геріатрів та клінічних настанов NICE (NG56). Серед питань, що потребують вирішення, важливу роль відіграє розроблення стандартизованих підходів до комплексної оцінки стану здоров'я пацієнтів з мультиморбідністю та критеріїв оцінки ефективності проведених у них медичних втручань.

Ключові слова: мультиморбідність, коморбідність, індекси коморбідності, серцево-судинні захворювання, медична допомога пацієнтам з коморбідністю.

У сучасних умовах значно зростає інтерес медичної спільноти до лікування пацієнтів із множинною патологією [41, 43, 44, 49]. Актуальність проблеми зумовлена тенденцією до постаріння населення, що супроводжується збільшенням випадків хронічних захворювань [28, 38, 45, 63]. Згідно з інформацією ВООЗ, більше ніж у 60 країнах світу очікувана тривалість життя перевищує 75 років, і паралельно в цих популяціях зростає частка осіб з високим ризиком розвитку таких хронічних захворювань та станів, як цукровий діабет (ЦД) 2-го типу, ішемічна хвороба серця (ІХС), онкологічні захворювання та когнітивні порушення. В економічно розвинених країнах практично кожен четвертий дорослий має принаймні два захворювання з хронічним перебігом, більше ніж половина дорослого населення – три або більше таких захворювань [10, 11, 32, 63]. Наявність множинних захворювань, що потребують медичних втручань, призводить до погіршення загального стану здоров'я, зниження працездат-

ності, підвищує ризик розвитку тривожності та депресії, що в цілому має негативний вплив на якість та очікувану тривалість життя пацієнтів [46, 54, 64]. Паралельно зі зростанням кількості захворювань збільшується використання послуг системи охорони здоров'я – візитів пацієнтів до лікаря та візитів лікаря до пацієнтів на дому, кількість госпіталізацій та обстежень – і пов'язаних з цим витрат [40, 53, 61]. Крім того, наявність множинної патології призводить до виникнення труднощів щодо діагностики і лікування, збільшення термінів госпіталізації та частоти непрофільної госпіталізації хворих, утруднює оцінку ефективності призначеного лікування [54, 64].

У сучасній науковій літературі для визначення станів, що характеризуються наявністю кількох захворювань, в одного пацієнта використовуються терміни коморбідність (comorbidity), мультиморбідність (multimorbidity, multiple morbidity), поліморбідність, коморбідні захворювання і стани (comorbid diseases, comorbid conditions) [4, 9].

Термін коморбідність (з латинської – *co* – разом, *morbus* – хвороба) був уперше запропонований у 1970 р. американським епідеміологом А.Р. Feinstein [56]. До словника Merriam – Webster – одного з найстаріших довідників, що видається з 1806 р., – цей термін було введено у 1981 р. [<https://www.merriam-webster.com/dictionary/comorbid>], а до пошукового індексу електронної бібліотеки PubMed (Medical Subject Heading – MeSH) – у 1990. За визначенням, коморбідність – це наявність супутніх захворювань на тлі основного діагнозу [44]. Окрім визначених нозологічних форм соматичних захворювань, це можуть бути також психічні розлади та складові моделі поведінки [30, 43, 44]. В опублікованій у 2010 р. Департаментом здоров'я США програмі щодо стратегії визначення оптимального обсягу медичної допомоги пацієнтам з множинною патологією використовується термін «множинні хронічні стани» (multiple chronic conditions – МСС) [55], а у виданих у 2012 р. рекомендаціях Американської асоціації геріатрів – термін «мультиморбідність», що визначено як наявність кількох захворювань із хронічним перебігом [10]. Цей термін стали активно використовувати упродовж останніх років, у 2018 р. його було занесено до індексу PubMed. За визначенням ВООЗ, мультиморбідність – це наявність двох або більше захворювань із хронічним перебігом, які потребують постійної комплексної медичної допомоги, при цьому жодне з цих захворювань не виділяють як основне [43]. Аналогічне визначення надається в опублікованій у 2016 р. клінічній настанові NICE (NG56), в якій мультиморбідність – це наявність двох та більше розладів стану здоров'я з тривалим перебігом; окрім захворювань, вона може охоплювати такі стани, як неспроможність до навчання, зловживання алкоголем та наркотичними речовинами, втрату зору або слуху, слабкість, хронічний біль [41]. В огляді літератури, опублікованому у 2016 р. у Кокрейнівській базі (Cochrane Database of Systematic Reviews), мультиморбідність також визначено як комбінацію двох та більше захворювань із хронічним перебігом, а коморбідність – як комбінацію визначених (defined) станів та захворювань, зазначається, що, як правило, останній термін використовується для сталих комбінацій, які часто трапляються в клінічній практиці, наприклад ЦД та ІХС, або ЦД та депресія [55].

При проведенні бібліометричного аналізу англomовних публікацій, індексованих з 1970 до 2012 р. у базах даних MEDLINE та SCOPUS, виявлено, що термін «коморбідність» використано у 675 публікаціях, мультиморбідність – у 434, інші терміни – в 31 публікації [9]. З 2009 до 2015 р. кількість наукових публікацій з проблеми коморбідності та мультиморбідності збільшилася

в 11 разів, при цьому загальна кількість публікацій у базі MEDLINE протягом цього періоду збільшилася лише в 1,5 разу [49]. При проведенні аналізу опублікованих системних оглядів літератури щодо мультиморбідності більшість публікацій – 79 % – були оприлюднені у період з 2013 до 2016 р. [55, 62].

Найбільш виражений вплив на розвиток мультиморбідності та пов'язаних з цим витрат на послуги системи охорони здоров'я має вік пацієнта [34, 36, 45, 63]. Так, понад 80 % коштів фонду Medicare у США витрачається на пацієнтів, що мають 4 та більше захворювання з хронічним перебігом [10]. Пацієнти молодого віку не так часто мають мультиморбідність, але ця проблема також потребує уваги, з огляду на іншу структуру захворювань та важливість питання експертизи непрацездатності [54]. Чинником ризику мультиморбідності в пацієнтів молодого віку є низький соціальний та економічний статус [39, 44, 59]. За інформацією ВООЗ, у пацієнтів віком менше 55 років часто трапляються різні комбінації соматичних захворювань у поєднанні з психічними захворюваннями або розладами [43, 44, 54].

Рівень поширеності мультиморбідності в пацієнтів різних вікових груп відрізняється за результатами різних досліджень. Так, у Нідерландах серед осіб віком 45–67 років чотири та більше захворювань мають 7 % обстежених, у віковій групі 65–74 роки – 30 %, а серед осіб віком понад 75 років – 55 % [22]. Загалом серед пацієнтів віком менше 40 років поширеність мультиморбідності, як правило, низька, з віком цей показник зростає, а після 70 років залишається практично стабільним [54]. Серед пацієнтів похилого віку, що брали участь у рандомізованому контрольованому дослідженні, проведеному у Великобританії, 80 % мали три захворювання, 18 % – чотири, 2 % – п'ять. Найпоширенішими були серцево-судинні захворювання (ССЗ) – 93 %, бронхіальна астма та хронічне обструктивне захворювання легень – 50 %, депресія – 36 %, фібриляція передсердь – 34 %, гостре порушення мозкового кровообігу або транзиторна ішемічна атака – 34 % [19]. У США, за результатами окремих досліджень, мультиморбідність зареєстровано у 45 % пацієнтів лікарями первинної допомоги серед пацієнтів віком понад 65 років, приблизно 50 % мають три та більше захворювань, а 20 % – п'ять та більше [17]. Результати анкетного опитування осіб віком понад 40 років, проведеного у Бразилії, свідчать про те, що понад 88 % з них мають, як мінімум, одне захворювання з хронічним перебігом, а у 26 % кількість таких захворювань становить три та більше [18]. Практично у всіх вікових групах частими компонентами мультиморбідності є депресія та стани, що супроводжуються наявністю хронічного болю [43].

Крім того, частими компонентами мультиморбідності є ССЗ, артеріальна гіпертензія (АГ), ЦД, артрит, бронхіальна астма та остеоартроз [36].

Серед питань, що потребують вирішення, важливе значення має розробка стандартизованих підходів до комплексної оцінки стану здоров'я пацієнтів з мультиморбідністю та/або коморбідністю та критеріїв оцінки ефективності проведених у них медичних втручань [10, 54]. Оптимальний індекс оцінки мультиморбідності має враховувати – при можливості – тяжкість патології та її вплив на функціональний статус пацієнта. Важливим чинником є також вибір кінцевої точки оцінки – це може бути досягнення цільового рівня показників, частота госпіталізацій, вірогідність смертельних наслідків, загальний стан здоров'я, якість життя тощо. Найпростішим способом оцінки коморбідності та мультиморбідності є індивідуальний підрахунок кількості захворювань, але такий показник малоінформативний щодо прогнозу. Для оцінки мультиморбідності було запропоновано кілька стандартизованих підходів, які враховували не тільки наявність захворювань, а і їх тяжкість та вплив на функціональний статус пацієнта. З найбільшою частотою при проведенні наукових досліджень використовують такі розрахункові показники (індекси), як CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), варіант індексу CIRS для пацієнтів похилого віку – CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics), індекс Kaplan – Feinstein та індекс Charlson [29].

Найбільш раннім – хронологічно – є запропонований у 1968 р. індекс CIRS [33]. Цей показник базується на оцінці ступеня ураження 13 органів та систем без урахування діагнозів захворювань. Ступінь ураження оцінюють за 5-бальною шкалою (шкала Лікерта) – залежно від потреби у проведенні медичних втручань та ступеня обмеження життєдіяльності – від 0 (відсутність ураження) до 4 (ураження тяжкого ступеня), яке призводить до декомпенсації функції органа та/або системи і потребує проведення невідкладного медичного втручання. Оцінювання проводять за результатами клінічного огляду, при цьому одне захворювання може мати негативні наслідки для кількох систем, і при цьому алгоритмі воно буде враховане більш ніж 1 раз. Значення індексу вираховується як сума загальної кількості балів. Крім цього, можна визначити такі показники, як середній індекс для групи органів/систем, середній індекс для пацієнта, кількість систем, що мають найвищі індекси тяжкості – 3 та 4. Індекс CIRS у модифікації M.D. Miller та A. Towers – CIRS-G – використовується для оцінки мультиморбідності в гериатричній практиці [33]. Було також створено модифікації цього індексу для оцінювання стану пацієнтів

старших вікових груп у психіатрії та при наданні невідкладної допомоги. При проведенні наукових досліджень індекс CIRS часто використовується для оцінювання прогнозу в пацієнтів з онкологічною патологією [26].

Іншим широко відомим індексом оцінки коморбідності є індекс Kaplan – Feinstein, який був запропонований у 1974 р. для оцінювання прогнозу пацієнтів із ЦД [31]. Класифікація супутніх захворювань при ЦД проводиться за критеріями «васкулярні» та «неваскулярні», а визначення тяжкості супутньої патології як такої, що негативно впливає на очікувану тривалість життя (cogent), та такої, що не має такого впливу (non-cogent), – у випадку, коли вона не призводить до порушення життєво важливих функцій, або існує можливість досягти компенсації стану на тлі адекватної терапії, або це перенесене в минулому захворювання, яке на момент оцінювання не потребує проведення медичних втручань. Подальше оцінювання проводиться лише для патології, що має негативний вплив на очікувану тривалість життя – за шкалою від 1 (незначне порушення функції життєво важливих систем) до 3 (декомпенсація). Сумарна оцінка в балах – від 0 до 36.

Запропонований у 1987 р. індекс Charlson (The Charlson Comorbidity Index – CCI) визначає 10-річний ризик виникнення смерті залежно від наявної комбінації захворювань [20]. Індекс розробили у 1984 р. шляхом визначення переліку захворювань та станів, які призвели до смертельних наслідків упродовж одного року в 599 госпіталізованих пацієнтів. За результатами аналізу було визначено 17 таких захворювань, кожному було присвоєно відповідну кількість балів – 1, 2, 3 або 6 – залежно від розрахованого нормалізованого відносного ризику смерті. Загальний індекс коморбідності вираховується як сума балів, підрахунок балів проводиться медичним персоналом за записами в медичній документації. Існує також версія у вигляді анкети, яка заповнюється пацієнтом або медичним персоналом за результатами 10-хвилинного опитування пацієнта – The Self Reported-CCI (SR-CCI). Наявність таких захворювань, як гострий інфаркт міокарда, серцева недостатність, ураження периферичних судин, деменція, цереброваскулярні захворювання, хронічні захворювання легень, захворювання сполучної тканини, виразкова хвороба, хронічні захворювання печінки, ЦД, оцінюється в 1 бал, наявність геміплегії, порушення функції нирок – помірного або тяжкого ступеня, ЦД з ураженням органів-мішеней, злоякісних новоутворень, лейкозу, лімфом – 2 бали, порушення функції печінки помірного або тяжкого ступеня – 3 бали, СНІДу та метастазів злоякісного новоутворення – 6 балів. Висо-

ке значення ССІ є прогностичною ознакою щодо ризику смерті та збільшення обсягу медичних послуг. Згодом було запропоновано кілька модифікацій ССІ, зокрема, прив'язка нозологічної форми до коду захворювання відповідно до МКХ, а також створено варіант індексу з урахуванням віку пацієнта – Combined Age-CCI (CA-CCI) [51]. Запропоновано також електронні калькулятори для визначення ризику смерті за індексом CA-CCI [Charlson comorbidity index calculator. [https://www.thecalculator.co/health/Charlson-Comorbidity-Index-\(CCI\)-Calculator-765.html](https://www.thecalculator.co/health/Charlson-Comorbidity-Index-(CCI)-Calculator-765.html)]. Використання ССІ у клінічній практиці дає можливість медичному персоналу провести стратифікацію ризику пацієнтів та розподілити їх на групи для планування обсягів медичної допомоги [51]. Доведена ефективність використання ССІ для оцінювання ризику смерті серед різних груп пацієнтів – при онкологічній патології, захворюваннях нирок тощо. У клінічних дослідженнях було доведено позитивну кореляцію між величиною ССІ і загальним станом здоров'я (за результатами оцінювання клінічного стану хворих лікарем) та іншими індексами коморбідності, зокрема, індексами Kaplan – Feinstein та CIRS, алгоритм підрахунку яких складніший. При проведенні наукових досліджень було доведено прогностичний зв'язок ССІ з такими показниками, як смертність, повторна госпіталізація, тривалість госпіталізації, розвиток порушень функціонального стану [51]. Його широко використовують при проведенні лонгітудинальних досліджень для кількісної характеристики мультиморбідності у групах обстежених. До недоліків можна віднести відсутність у алгоритмі підрахунку деяких захворювань, що впливають на прогноз, зокрема анемії, а також відсутність градацій тяжкості окремих захворювань, зокрема при серцевій недостатності або цереброваскулярних хворобах, та низьку прогностичну цінність в інтервалі менше 6 місяців. Іншим аспектом, який потрібно брати до уваги при використанні ССІ, є вдосконалення технології медичних втручань порівняно з 1984 роком, зокрема – щодо лікування ІХС, ЦД, що мало позитивний вплив на показники смертності від цих захворювань. Створена з урахуванням цього факту модифікація індексу Charlson із залученням 12 показників мала добру інформативність щодо прогнозу госпіталізованих пацієнтів в Австралії, Канаді, Франції, Японії, Швейцарії та Новій Зеландії [48].

Важливе медико-соціальне значення має збільшення поширеності коморбідності у хворих із ССЗ [12, 24, 58, 59]. При лонгітудинальному спостереженні за пацієнтами з ІХС було показано позитивну кореляцію між коморбідністю, яку оцінювали за величиною індексу Charlson, та тривалістю життя. Прогностичне значення індексу

Charlson практично збігалось з прогностичним значенням фракції викиду лівого шлуночка за результатами коронарографії [52]. Найнесприятливіший вплив на прогноз у пацієнтів із ССЗ мали ЦД, ниркова недостатність, хронічне обструктивне захворювання легенів та ураження периферичних артерій [52]. Опубліковані у 2016 р. результати дослідження, проведеного в Словенії, показали негативний вплив на загальний стан здоров'я та показник якості життя пацієнтів з ІХС хронічної серцевої недостатності, атеросклеротичного ураження периферичних артерій, наявності тривожності та/або депресії [59].

Для пацієнтів старших вікових груп із ССЗ велике значення має оцінка геріатричних синдромів [12, 44], до яких належить група клінічних станів, які не можна визначити як окремі нозологічні форми, – таких як порушення рівноваги та координації, порушення когнітивної функції, дезорієнтація, астенія, втрата апетиту, схильність до формування трофічних виразок та пролежнів, фізичне виснаження, уповільнена реакція, хворобливість, деморалізація та апатія [12]. Наявність цих симптомів призводить до погіршення якості життя, інвалідизації, збільшення кількості госпіталізацій та рівня смертності пацієнтів старших вікових груп [16]. Геріатричні синдроми часто недооцінюють при наданні медичної допомоги пацієнтам похилого віку як в амбулаторних умовах, так і в стаціонарі [47]. Зокрема важливим аспектом для пацієнтів похилого віку є посилення деяких із цих симптомів при застосуванні медикаментозних препаратів базової терапії АГ та серцевої недостатності [24].

Результати досліджень щодо поширеності коморбідних станів у пацієнтів з ІХС різної статі суперечливі, що, ймовірно, обумовлено вибором груп обстежених [6, 27, 57]. У Рочестерському епідеміологічному проекті показано, що загальна частота наявності двох та більше захворювань із хронічним перебігом була дещо вищою в жінок порівняно з чоловіками, при цьому частота трьох і більше захворювань статистично значуще не відрізнялася [57]. Аналогічні результати щодо вищого рівня коморбідності серед жінок отримано при аналізі обсягу виплат медичних послуг за програмою Medicare [12]. Серед учасників цієї програми виявлено також різний профіль коморбідності – в пацієнтів чоловічої статі з більшою частотою трапляються такі захворювання, як рак, хронічна ниркова недостатність, дисліпідемія, а в жінок – артрит та депресія [12]. Опублікований у 2017 р. метааналіз також засвідчив більшу частоту коморбідності серед пацієнтів жіночої статі [27]. В інших дослідженнях визначено більшу поширеність коморбідності серед пацієнтів чоловічої статі [8, 50]. У деяких дослідженнях не виявлено

відмінностей щодо рівня коморбідності в пацієнтів різної статі, водночас виявлено різний профіль коморбідності: у жінок з найбільшою частотою траплялися АГ, фібриляція передсердь, порушення вуглеводного обміну, захворювання щитоподібної залози, бронхіальна астма та варикозна хвороба, а у чоловіків – атеросклеротичне ураження артерій нижніх кінцівок, хронічний гепатит та сечокам'яна хвороба. При цьому за результатами коронароангіографії не виявлено значущих відмінностей між групами за кількістю уражених артерій та наявністю прогностично несприятливого трисудинного ураження [6].

Проведені в Україні дослідження щодо поширеності коморбідних захворювань у хворих на ІХС також показали високу частоту виявлення подібних станів. Так, серед пацієнтів, внесених до Українського реєстру гострого інфаркту міокарда, АГ виявлена у 79 %, ЦД – у 19,1 %, хронічна серцева недостатність – у 24 %. Крім цього, у 1,9 % учасників реєстру діагностовано онкологічні захворювання, а у 6,1 % – хронічне обструктивне захворювання легень [5]. Офіційні дані Центру медичної статистики МОЗ України свідчать про зростання протягом останніх років питомої ваги комбінації ІХС з АГ у структурі ІХС у всіх вікових групах населення [7]. Дослідження пацієнтів з АГ показали зростання у них частоти поєднаної патології з віком: до 49 років переважає один коморбідний стан (переважно захворювання шлунково-кишкового тракту – 72,9 %), у віці понад 50 років – два і більше супутніх захворювань [1]. Автори зазначають, що прогностичне значення щодо розвитку фатальних подій у хворих на АГ має наявність хронічної хвороби нирок, патології печінки і органів шлунково-кишкового тракту, ЦД 2-го типу та таких чинників ризику, як тютюнокуріння та гіпертрофія лівого шлуночка [1]. У пацієнтів з АГ, у яких ССІ становить ≥ 4 , а індекс CIRS $\geq 2,5$, виявлено вищий рівень ризику SCORE [1]. За результатами аналізу медичних карток пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС поєднання двох захворювань виявлено у 28,5 %, трьох та більше – у 44 % [2]. Найпоширенішими комбінаціями були поєднання захворювань серцево-судинної системи і органів травлення. Виявлено також зростання коморбідності з віком: у пацієнтів віком понад 60 років ≥ 3 захворювань виявлено у 63 % чоловіків та 64 % жінок [2]. Аналіз результатів ретроспективної оцінки історій хвороби 900 пацієнтів з АГ з високим серцево-судинним ризиком, які лікувалися в умовах стаціонару ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» за період з 2012 до 2013 р., показав вищий рівень коморбідності в пацієнтів чоловічої статі – середній по групі рівень індексу Charlson у чоловіків становив

($4,97 \pm 0,11$) бала, у жінок – ($4,60 \pm 0,12$) бала ($p=0,031$). З найбільшою частотою АГ поєднувалася із неалкогольною жировою хворобою печінки – 78,1 % обстежених, ЦД – 27,5 %, ожирінням – 19,2 %, жовчнокам'яною хворобою – 10,2 %, виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки – 7,5 % [3].

Надзвичайно актуальною проблемою для клінічної практики є використання рекомендацій доказової медицини для лікування пацієнтів з мультиморбідністю. Важливо зауважити, що доказова база щодо заходів з доведеною ефективністю, яка представлена в клінічних настановах та стандартах, описує медичне втручання переважно при ізольованих захворюваннях та клінічних станах. Як правило, наявність супутньої патології є критерієм вилучення пацієнта з наукових досліджень, і, як наслідок, інформація щодо раціонального обсягу заходів діагностики та лікування таких захворювань при наявності коморбідності практично відсутня [15]. У реальній клінічній практиці це призводить до поліпрагмазії, і в більшості випадків питання пріоритету в лікуванні комбінації хвороб емпірично вирішується не лікарем, а самим пацієнтом, з урахуванням симптомів, які найбільше впливають на якість життя та функціональні обмеження, наприклад болю [28]. Проблема мультиморбідності надзвичайно актуальна для лікування пацієнтів старших вікових груп із серцево-судинною патологією [12, 60], але, як правило, особи похилого віку становлять менше 10 % учасників будь-якого клінічного дослідження, незважаючи на те, що їх частка серед учасників реєстрів дорівнює 25–32 % [60]. Більше половини клінічних досліджень щодо лікування ІХС не залучали жодного учасника віком понад 75 років [35]. Комплексний аналіз п'яти клінічних настанов NICE щодо обсягу медичних втручань при захворюваннях та станах, які часто трапляються в реальній клінічній практиці, – ЦД 2-го типу, вторинна профілактика після перенесеного інфаркту міокарда, остеоартрит, хронічне обструктивне захворювання легень та депресія – показав, що поєднане використання положень чинних рекомендацій у пацієнта з мультиморбідністю призводить до поліпрагмазії, при цьому жодна з вказаних настанов не дає рекомендацій щодо визначення пріоритетів для пацієнта [28]. Аналогічний аналіз клінічних настанов щодо 16 найпоширеніших хронічних захворювань, проведений у Канаді з використанням інструменту AGREE, показав, що з усього переліку лише три з них (18,8 %) надавали рекомендації щодо обсягу медичних втручань у пацієнтів з коморбідністю [25]. Оpubлікований у 2012 р. аналіз матеріалів рандомізованих контрольованих досліджень Кохрейнівської бази, проведених упро-

довж 1944–2009 рр., щодо лікування пацієнтів з хронічними захворюваннями показав, що у 21 % з них вік був критерієм вилучення [14]. Крім того, критерієм вилучення в більшості досліджень була наявність супутньої патології. Інформація щодо лікування супутніх захворювань була надана тільки в 16,9 % випадків, а аналіз впливу коморбідності на результат лікування – лише в одному дослідженні [14]. Існує необхідність у проведенні проспективних когортних досліджень щодо поширеності та складових мультиморбідності в різних вікових групах та визначенні заходів з доведеною ефективністю – щодо результатів медичного втручання та використання ресурсів системи охорони здоров'я – для тих комбінацій, які трапляються у клінічній практиці з найбільшою частотою [32]. При організації таких досліджень важливо визначити критерії відбору пацієнтів та критерії оцінювання ефективності медичних втручань [54], вони мають враховувати зміни функціонального статусу та якості життя, обсяг медичних втручань, досягнення цільового рівня показників, виконання заходів самоконтролю, прихильність до лікування, зміни моделі поведінки щодо здорового способу життя, поінформованість пацієнта щодо індивідуального плану лікування, участь у процесі прийняття клінічного рішення та надання медичної допомоги [55].

Потреба в клінічних настановах щодо поліморбідності особливо актуальна для гериатричної практики, де часто виникає потреба у визначенні пріоритетів надання медичної допомоги [34, 64]. У деяких клінічних настановах обговорюються окремі аспекти цих питань – так наприклад, у настановах щодо лікування АГ Європейської асоціації кардіологів наведено рекомендації щодо вибору антигіпертензивних препаратів залежно від супутньої патології [18], а у більшості настанов щодо профілактики ССЗ рекомендується визначати обсяг медичних втручань залежно від рівня загального ризику, а не від рівня окремо взятих показників [54, 64].

У 2012 р. у США опубліковано консенсус щодо пацієнтів з мультиморбідністю, авторами якого були Американська асоціація гериатрів та Американська асоціація цукрового діабету [10]. Серед програмних документів щодо організації медичної допомоги пацієнтам із множинними захворюваннями, можна також назвати програму Департаменту охорони здоров'я та соціальних послуг США 2010 р. [45], клінічні настанови NICE 2016 р. [41] та рапорт ВООЗ 2016 р., в якому обговорюються питання безпеки надання медичної допомоги при наявності мультиморбідності [43].

У програмі Департаменту охорони здоров'я та соціальних послуг США наголошується, що особливу увагу потрібно приділяти заходам, спрямо-

ваним на профілактику розвитку захворювань з хронічним перебігом, в першу чергу, через впровадження здорового способу життя [45]. Програмою передбачено підвищення поінформованості медичної спільноти щодо тактики ведення пацієнтів з мультиморбідністю, зокрема, з використанням заходів, спрямованих на залучення пацієнтів до прийняття рішення щодо обсягу медичної допомоги, а також – визначення критеріїв якості та ефективності медичної допомоги в повсякденній клінічній практиці [45].

У клінічній настанові NICE 2016 р. щодо мультиморбідності (NG56) визначені загальні принципи оптимізації медичної допомоги, при цьому велику увагу приділено питанням уникнення поліпрагмазії та покращання якості життя [41]. Серед запропонованих заходів важливе значення має урахування індивідуальних пріоритетів пацієнта щодо мети проведення медичного втручання та обсягу медичної допомоги (наприклад, відсутність залежності від інших осіб в побуті, можливість продовжувати працювати, зменшення кількості препаратів планового лікування тощо). Важлива роль відводиться визначенню координатора процесу медичної допомоги – для створення індивідуального плану комплексного медичного втручання, в тому числі, з урахуванням рекомендацій спеціалістів різного профілю. Основний обсяг заходів покладається на лікаря загальної практики. На базі цієї клінічної настанови у 2017 р. NICE було створено стандарт якості медичної допомоги пацієнтам з мультиморбідністю – Quality Standard N 153 Multimorbidity [42]. Основними показниками якісної медичної допомоги пацієнтам з мультиморбідністю є:

- оцінювання лікарем загальної практики наявності в пацієнта мультиморбідного стану;
- обговорення з пацієнтом з мультиморбідністю індивідуальних цілей та пріоритетів щодо лікування захворювань при складанні індивідуального плану медичних втручань;
- узгодження з пацієнтом відповідальної особи серед медичного персоналу, що визначає комплексний план медичних втручань;
- проведення зміни режиму лікування пацієнтом лише після обговорення з відповідальним за комплексний план лікування [42].

Окрім стандарту QS153, NICE рекомендує використовувати в пацієнтів з мультиморбідністю також інші, зокрема Quality Standard N 120 – щодо оптимізації медикаментозної терапії [37].

Консенсус щодо пацієнтів з мультиморбідністю Американської асоціації гериатрів та Американської асоціації цукрового діабету 2012 р. не є класичними клінічними настановами – в документі проводиться аналіз наявних на той момент

публікацій з проблеми мультиморбідності та описано загальні принципи, на які слід опиратися при прийнятті клінічного рішення, але не наведено рівень доказів запропонованих рекомендацій. Основні аспекти, яким рекомендується приділяти увагу, – залучення пацієнта до процесу прийняття клінічного рішення, урахування при визначенні обсягу медичної допомоги очікуваної тривалості життя, функціонального статусу, якості життя, оцінка можливості виконання пацієнтом рекомендацій щодо комплексного лікування з використанням стандартизованих шкал, вибір стратегії з урахуванням потенційної користі та шкоди медичних втручань і їх впливу на якість життя пацієнта [10].

З огляду на важливе значення оптимізації медичної допомоги пацієнтам з мультиморбідністю, експертами ВООЗ у 2016 р. було створено відповідні рекомендації [43]. Роль координаторів медичних послуг відводиться лікарям первинної медичної допомоги, тому велика увага приділяється питанням безпеки медичної допомоги в закладах первинного рівня. Лікар первинної ланки – лікар загальної практики та/або сімейний лікар – має забезпечити координацію діагностичних та лікувальних заходів, взаємодію спеціалістів та служб при необхідності організації інтегрованої допомоги, а також – проводити моніторинг стану таких пацієнтів. Лікар загальної практики проводить інтеграцію рекомендацій, наданих спеціалістами, до планового лікування з оцінюванням індивідуальних потреб пацієнта. Серед організаційних заходів експерти ВООЗ вказують на необхідність забезпечення взаємодії системи первинної медичної допомоги з медичними закладами, що надають спеціалізовану допомогу, органами соціальної служби, а також – її інтеграції в систему медичної освіти. ВООЗ рекомендує враховувати мультиморбідність при навчанні медичних працівників та формуванні професійних навичок. Серед організаційних заходів важливе значення мають ті, які сприяють підтримці наступності медичної допомоги. Важливу роль у забезпеченні доступу до інформації щодо пацієнта з мультиморбідністю відіграють сучасні інформаційні технології, зокрема, електронні медичні карти та історії хвороби, які зберігають інформацію не лише щодо медичних аспектів стану здоров'я, а і щодо соціальних та економічних складових та дозволяють оцінювати загальний стан здоров'я. Створення єдиної електронної системи медичних записів, зокрема електронних медичних карток та історій хвороби пацієнта, дозволяє контролювати маршрут медичної інформації, забезпечити наступність допомоги та ефективну взаємодію між спеціалістами різного профілю [64]. Іншим рекомендованим організаційним заходом є використання для стаціонарного

лікування таких пацієнтів відділень загальної терапії або багатопрофільних медичних закладів [43]. Вагомий вплив на результати лікування пацієнтів з мультиморбідністю має прихильність до виконання рекомендацій медичного персоналу. Лікарям рекомендується уникати складних багатокomпонентних схем лікування, не вводити до лікування препарати з недоведеною ефективністю, не піддаватися тенденції лікувати всі діагностовані захворювання, зважено підходити до обсягу корекції чинників ризику, широко використовувати заходи немедикаментозної корекції та системи нагадування [43].

Удосконалення медичної допомоги хворим із мультиморбідністю на сучасному етапі безпосередньо пов'язано з формуванням пацієнт-орієнтованого підходу, який базується на 4 принципах – індивідуальна оцінка захворювань, оцінка очікуваної тривалості життя та соціальних потреб пацієнта, узгодження плану лікування, поліпшення взаємодії пацієнт-лікар (терапевтичний альянс) [19]. Визначення ефективності такого підходу було предметом низки досліджень, у тому числі, проведених з використанням засад доказової медицини. У 2012 р. у Кохрейнівській базі було знайдено 10 рандомізованих контрольованих досліджень щодо організації медичної допомоги пацієнтам з мультиморбідністю на етапі первинної допомоги [54], у 2015 р. їх кількість збільшилася до 18 [55]. Характеристику втручань, які проводилися при наданні медичної допомоги пацієнтам з мультиморбідністю, визначали відповідно до класифікації ЕРОС (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care) 2002 р. [55]:

1. Професійні втручання – спрямовані на зміну моделі поведінки медичного персоналу (наприклад, підвищення поінформованості лікарів та медичних сестер з питань мультиморбідності).
2. Фінансові (економічні) – забезпечення фінансової підтримки окремих визначених заходів, процедур з метою досягнення цільових показників.
3. Організаційні – застосування визначених алгоритмів надання медичної допомоги.
4. Пацієнт-орієнтовані втручання – такі як навчання пацієнта та його заохочення до виконання заходів самоконтролю захворювання.
5. Регуляторні втручання – зміна нормативної бази, наприклад щодо відшкодування витрат або переліку заходів обов'язкового обсягу медичної допомоги.

Серед 18 рандомізованих контрольованих досліджень у 12 було описано організаційні заходи, в інших – пацієнт-орієнтовані втручання [55]. Серед організаційних заходів, запропонованих для пацієнтів з мультиморбідністю, можна навес-

ти приклад Канадської провінції Квебек, де було проведено імплементацію підрозділів сімейної медицини (the Family Medicine Groups) з визначенням функціональних обов'язків лікарів та середнього медичного персоналу. Іншим прикладом є досвід впровадження у центрах первинної допомоги Великобританії патронажних програм (the community matrons programme), в яких роль координатора медичних послуг у пацієнтів з мультиморбідністю відіграє медична сестра. Аналіз проведених досліджень показав, що використання як організаційних, так і пацієнт-орієнтованих втручань приводило до позитивного результату у випадку використання заходів, спрямованих на контроль конкретних чинників ризику – наприклад, при ЦД або ІХС – або окремих складових процесу медичної допомоги – наприклад, оптимізацію режиму медикаментозного лікування або покращання визначених обмежень функціонального статусу [55].

Відповідно до результатів метааналізів досліджень, підходи до надання медичної допомоги пацієнтам з мультиморбідністю мають ґрунтуватися на таких аспектах, як планування, спільне прийняття клінічного рішення та впровадження заходів самоконтролю перебігу захворювання [32]. У 2018 р. було опубліковано результати рандомізованого контрольованого дослідження, в якому оцінювали ефективність застосування комплексного підходу – так званої 3D-моделі – при наданні медичної допомоги 5253 пацієнтам з мультиморбідністю лікарями первинної ланки у Великій Британії [19]. Складовими запропонованої моделі, яка базується на використанні пацієнт-орієнтованого підходу, було три групи пріоритетних заходів – Dimensions of health, Depression та Drugs. До

першої групи – здоров'я (Dimensions of health) – віднесли індивідуальну оцінку пріоритетів та потреб пацієнта, оцінку якості життя та функціонального статусу та визначення пріоритетних щодо лікування захворювань, до другої – Depression – скринінг та лікування депресивних розладів, до третьої – Drugs – оптимізацію режиму лікування (застосування простих схем, підвищення прихильності, надання рекомендацій у написаному вигляді) [19]. Критерієм оцінки ефективності використання 3D-моделі були рівень задоволеності пацієнтів, який оцінювали за допомогою стандартизованих опитувальників. У дослідженні також оцінювали поінформованість медичного персоналу щодо мультиморбідності. За результатами дослідження було виявлено, що більшість лікарів первинної медичної допомоги – 88 % – підтримують засади пацієнт-орієнтованого втручання, а 95 % вважають важливим компонентом наступності медичної допомоги. Однак результати опитування пацієнтів засвідчили недостатню увагу медичного персоналу саме до цих аспектів – наступності медичної допомоги, координації медичних послуг, врахування потреб пацієнта при складанні плану індивідуальних втручань, зокрема, щодо поліпрагмазії та визначення пріоритетності втручань [19].

Таким чином, проблема мультиморбідності стає однією з пріоритетних для системи охорони здоров'я і потребує свого вирішення. Поліпшення результатів медичних втручань у таких пацієнтів передбачає проведення клінічних досліджень, які зможуть надати доказову базу для визначення переліку найефективніших заходів для їх подальшого впровадження у клінічну практику [13, 21, 32, 43].

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і проєкт дослідження – Д.Д., Г.М.; збір матеріалу, написання тексту – Г.М., І.Г., Т.Л.; редагування тексту – Т.Л., І.Г.

Література

1. Букач О.П., Антонюк М.В., Сидорчук Л.П. та ін. Коморбідна патологія у хворих на артеріальну гіпертензію в амбулаторно-поліклінічній практиці // Буковинський медичний вісник.– 2013.– Т. 17, № 4 (68).– С. 26–31.
2. Коломоєць М.Ю., Вашеняк О.О. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці // Укр. мед. часопис.– 2012.– № 4 (90).– С. 23–27.
3. Несен А.О., Чирва О.В., Валентинова І.А. та ін. Коморбідні патологічні стани у хворих високого кардіоваскулярного ризику // Укр. журн. медицини, біології та спорту.– 2016.– № 2 (2).– С. 147–150.
4. Нургазізова А.К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность» // Казанский мед. журн.– 2014.– № 2.– С. 292–296.
5. Пархоменко О.М., Лутай Я.М., Даншан Н. Украинский регистр острого инфаркта миокарда как фрагмент Европейского: характеристика больных, организация медицинской помощи и госпитальная терапия // Укр. мед. часопис.– 2011.– № 1.– С. 20–24.
6. Сумин А.Н., Корок Е.В., Щеглова А.В., Барбараш О.Л. Коморбидность у больных ишемической болезнью сердца: гендерные особенности // Рациональная фармакотерапия в кардиологии.– 2017.– № 13 (5).– С. 622–629.
7. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема: аналітично-статистичний посібник / Під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького.– Київ, 2014.– 278 с.
8. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д. и др. Сочетания ишемической болезни сердца с другими неинфекцион-

- ними захворюваннями в популяції взрослого населення: асоціації с віком і факторами ризику // Кардіоваскулярна терапія і профілактика.– 2015.– № 4.– С. 44–51.
9. Almirall J., Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases // *J. Comorbidity.*– 2013.– Vol. 3.– P. 4–9.
 10. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity: Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians // *J. Am. Geriatr. Soc.*– 2012.– Vol. 60.– P. E1–25.
 11. Barnett K., Mercer S.W., Norbury M. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study // *Lancet.*– 2012.– Vol. 380 (9836).– P. 37–43. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2).
 12. Bell S.P., Saraf A.A. Epidemiology of Multimorbidity in Older Adults with Cardiovascular Disease // *Clin. Geriatr. Med.*– 2016.– Vol. 32 (2).– P. 215–226. doi: [10.1016/j.cger.2016.01.013](https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.01.013).
 13. Bouchard C., Antunes-Correa L.M., Ashley E.A. et al. Personalized preventive medicine: genetics and the response to regular exercise in preventive interventions // *Prog. Cardiovasc. Dis.*– 2015.– Vol. 57 (4).– P. 337–346. doi: [10.1016/j.pcad.2014.08.005](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2014.08.005).
 14. Boyd C., Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? // *Public Health Rev.*– 2010.– Vol. 32 (2).– P. 451–474.
 15. Boyd C.M., Vollenweider D., Puhan M.A. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases // *PloS one.*– 2012.– Vol. 7 (8).– P. e41601. doi: [10.1371/journal.pone.0041601](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041601).
 16. Buurman B.M., Hoogerduijn J.G., de Haan R.J. et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline // *PloS one.*– 2011.– Vol. 6 (11).– P. e26951. doi: [10.1371/journal.pone.0026951](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026951).
 17. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine // *Evid. Based. Med.*– 2010.– Vol. 15.– P. 165–166.
 18. Carvalho A.K., Menezes A.M.B., Camelier A. et al. Prevalence of self-reported chronic diseases in individuals over the age of 40 in São Paulo, Brazil: the PLATINO Study Cad // *Saúde Pública, Rio de Janeiro.*– 2012.– Vol. 28 (5).– P. 905–912.
 19. Chaplin K., Bower P., Man M.S. et al. Understanding usual care for patients with multimorbidity: baseline data from a cluster-randomised trial of the 3D intervention in primary care // *BMJ Open.*– 2018.– Vol. 8.– e019845. doi: [10.1136/bmjopen-2017-019845](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019845).
 20. Charlson M., Pompei P., Ales K., Mackenzie C. A new method for classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation // *J. Chronic. Dis.*– 1987.– Vol. 40.– P. 373–383.
 21. Chung J.S., Young H.N., Moreno M.A. et al. Patient-centred outcomes research: brave new world meets old institutional policies // *Fam. Pract.*– 2017.– Vol. 34 (3).– P. 296–300. doi: [10.1093/fampra/cmw129](https://doi.org/10.1093/fampra/cmw129).
 22. Dawes M. Comorbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease // *Family Practice.*– 2010.– Vol. 27.– P. 1–2.
 23. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension // *Eur. Heart J.*– 2018.– Vol. 39, Issue 33.– P. 3021–3104. doi: [10.1093/eurheartj/ehy339](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339).
 24. Forman D.E., Maurer M.S., Boyd C. et al. Multimorbidity in Older Adults with Cardiovascular Disease // *Amer. Coll. Cardiol.*– 2018.– Vol. 15, 71 (19).– P. 2149–2161. doi: [10.1016/j.jacc.2018.03.022](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.022).
 25. Fortin M., Contant E., Savard C. et al. Canadian guidelines for clinical practice: an analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity // *BMC Family Practice.*– 2011.– Vol. 12.– P. 74. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/74>.
 26. Gordon M.J., Churnetski M., Alqahtani H. et al. Comorbidities predict inferior outcomes in chronic lymphocytic leukemia treated with ibrutinib // *Cancer.*– 2018.– Vol. 124 (15).– P. 3192–3200.
 27. Holzer B.M., Siebenhuener K., Bopp M., Minder C.E. Evidence-based design recommendations for prevalence studies on multimorbidity: improving comparability of estimates // *Popul. Health Metr.*– 2017.– Vol. 15 (1).– Vol. 9. doi: [10.1186/s12963-017-0126-4](https://doi.org/10.1186/s12963-017-0126-4).
 28. Hughes L.D., McMurdo M.E., Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity // *Age Ageing.*– 2013.– Vol. 42 (1).– P. 62–69. doi: [10.1093/ageing/afs100](https://doi.org/10.1093/ageing/afs100).
 29. Huntley A.L., Johnson R., Purdy S. et al. Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: A Systematic Review and Guide // *Ann. Fam. Med.*– 2012.– Vol. 10.– P. 134–141. doi: [10.1370/afm.1363](https://doi.org/10.1370/afm.1363).
 30. Jakovljević M., Ostojić L. Comorbidity and multimorbidity in medicine today: challenges and opportunities for bringing separated branches of medicine closer to each other // *Psychiatr Danub.*– 2013.– Vol. 25 (Suppl. 1).– P. 18–28.
 31. Kaplan M.H., Feinstein A.R. The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus // *J. Chronic. Dis.*– 1974.– Vol. 27.– P. 387–404.
 32. Kastner M., Cardoso R., Lai Y. et al. Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic diseases in older adults: a systematic review and metaanalysis // *CMAJ.*– 2018.– Vol. 190.– P. E1004–12.
 33. Kilby P., Osborn I.V., Nothelle S. et al. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) can be Used to Predict Hospital Outcomes in Older Adults // *J. Geriatr. Med. Gerontol.*– 2017.– Vol. 3.– P. 030. doi: [10.23937/2469-5858/1510030](https://doi.org/10.23937/2469-5858/1510030).
 34. Kingston A., Robinson L., Booth H. et al. Projections of multimorbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model // *Age and Ageing.*– 2018.– Vol. 47.– P. 374–380.
 35. Lee P.G., Cigolle C., Blaum C. The Co-Occurrence of Chronic Diseases and Geriatric Syndromes: The Health and Retirement Study // *J. Amer. Geriatrics Society.*– 2009.– Vol. 57 (3).– P. 511–516.
 36. Lefevre T., d'Ivernois J.F., De Andrade V. et al. What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization // *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique.*– 2014.– Vol. 62.– P. 305–314.
 37. Medicine optimisation: Quality Standard N 120.– 2016.– URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>.
 38. Meraer S.W., Gunn J., Wyke S. Improving the health of people with multimorbidity: the need for prospective cohort

- studies // *J. Comorbidity*.– 2011.– Vol. 1.– P. 4–7.
39. Mercer S.W., Zhou Y., Humphris G.M. et al. Multimorbidity and socioeconomic deprivation in primary care consultations // *Ann. Fam. Med.*– 2018.– Vol. 16.– P. 127–131.
 40. Millar E., Stanley J., Gurney J. et al. Effect of multimorbidity on health service utilisation and health care experiences // *J. Primary Health Care.* – 2018.– Vol. 10 (1).– P. 44–53.
 41. Multimorbidity: clinical assessment and management NICE guideline (NG56).– 2016.– URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>.
 42. Multimorbidity: Quality Standard № 153.– URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs153>.
 43. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care.– Geneva: World Health Organization, 2016.– Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 44. Multimorbidity: a priority for global health research. Academy of Medical Sciences Report. April, 2018. URL: <https://acmedsci.ac.uk/policy/policy-projects/multimorbidity>.
 45. Multiple Chronic Conditions – A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions / U.S. Department of Health and Human Services.– Washington, DC, 2010.– URL: https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf.
 46. Navickas R., Petric V.K., Feigl A.B., Seychell M. Multimorbidity: what do we know? What should we do? // *J. Comorbidity*.– 2016.– Vol. 6 (1).– P. 4–11.
 47. Perry R.G., Mitchell J.A., Hawkins J., Johnson-Lawrence V. The Role of Age and Multimorbidity in Shaping Older African American Men’s Experiences with Patient–Provider Communication // *Geriatrics*.– 2018.– Vol. 3 (4).– P. 74.
 48. Quan H., Li B., Couris C.M. et al. Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries // *Am. J. Epidemiol.*– 2011.– Vol. 173.– P. 676–682.
 49. Ramond-Roquin A., Fortin M. Editorial Towards increased visibility of multimorbidity research // *J. Comorbidity*.– 2016.– Vol. 6 (2).– P. 42–45.
 50. Rocca W.A., Boyd C.M., Grossardt B.R. et al. Prevalence of multimorbidity in a geographically defined American population: patterns by age, sex, and race/ethnicity // *Mayo Clin. Proc.*– 2014.– Vol. 89 (10).– P. 1336–1349. doi: 10.1016/j.mayocp.2014.07.010.
 51. Roffman C.E., Buchanan J., Garry T., Allison G.T. Charlson Comorbidity Index // *J. Physiotherapy*.– 2016.– Vol. 62.– P. 171.
 52. Sachdev M., Sun J.L., Tsiatis A.A. et al. The prognostic importance of comorbidity for mortality in patients with stable coronary artery disease // *J. Amer. Coll. Cardiology*.– 2004.– Vol. 43, Issue 4.– P. 576–582. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2003.10.031>.
 53. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it // *Lancet*.– 2012.– Vol. 380 (9836).– P. 7–9.
 54. Smith S.M., Soubhi H., Fortin M. et al. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings // *BMJ*.– 2012.– P. 345.
 55. Smith S.M., Wallace E., O’Dowd T., Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings // *Cochrane Database of Systematic Reviews*.– 2016, Issue 3. No.CD006560. doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub3. www.cochranelibrary.com.
 56. Spitzer W.O. The teacher’s teacher: a personal tribute to Alvan R. Feinstein // *J. Epidemiol. Community Health*.– 2002.– Vol. 56.– P. 328–329.
 57. St Sauver J.L., Boyd C.M., Grossardt B.R. et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity // *BMJ Open*.– 2015.– Vol. 5 (2).– P. e006413. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006413
 58. Tauseef A., Fareed W., Bugti A. et al. Frequency of comorbidities and risk factors among ischaemic heart disease patients in Karachi – perspective from three tertiary care hospitals // *J. Pak. Med. Assoc.*– 2015.– Vol. 65 (2).– P. 235–238.
 59. Tušek-Bunc K., Petek D. Comorbidities and characteristics of coronary heart disease patients: their impact on health-related quality of life // *Health and Quality of Life Outcomes*.– 2016.– Vol. 14.– P. 159. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0560-1>.
 60. Verheugt F.W. The GRACE registry: how real-life evidence contributes to acute coronary syndrome guidelines // *Eur. Heart J.*– 2015.– Vol. 17.– D29–D31.
 61. Wallace E., Salisbury C., Guthrie B. et al. Managing patients with multimorbidity in primary care // *Br. Med. J.*– 2015.– Vol. 350.– h176.
 62. Xu X., Mishra G.D., Jones M. Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews // *Ageing. Res. Rev.*– 2017.– Vol. 37.– P. 53–68. doi: 10.1016/j.arr.2017.05.003.
 63. Zemedikun D.T., Gray L.J., Khunti K. et al. Patterns of multimorbidity in middle-aged and older adults: an analysis of the UK Biobank data // *Mayo Clin Proc.*– 2018.– Vol. 93 (7).– P. 857–866.
 64. Zulman D.M., Asch S.M., Martins S.B. et al. Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness // *J. Gen. Int. Med.*– 2014.– Vol. 29 (3).– P. 529–537.

Мультиморбидность как клиническая проблема

Д.Д. Дячук, Г.З. Мороз, И.Н. Гидзинская, Т.С. Ласица

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев

Мультиморбидность – наличие у одного пациента нескольких заболеваний с хроническим течением. Наличие мультиморбидной патологии оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов, приводит к возникновению трудностей в диагностике и лечении, увеличению сроков госпитализации и частоты непрофильной госпитализации больных, затрудняет оценку эффективности назначенного лечения. В обзоре обобщены сведения о распространенности мультиморбидности, приведен перечень заболеваний, которые с наибольшей частотой встречаются у таких пациентов, в том числе, при наличии сердечно-сосудистых заболеваний. Приведено описа-

ние организационных основ оказания медицинской помощи пациентам с мультиморбидностью, исходя из рекомендаций ВОЗ, Американской ассоциации гериатров и клинических руководств NICE (NG56). Среди вопросов, требующих решения, важную роль играет разработка стандартизированных подходов к комплексной оценке состояния здоровья пациентов с мультиморбидностью и критериев оценки эффективности проведенных медицинских вмешательств.

Ключевые слова: мультиморбидность, коморбидность, индексы коморбидности, сердечно-сосудистые заболевания, медицинская помощь пациентам с коморбидностью.

Multimorbidity in clinical practice

D.D. Dyachuk, G.Z. Moroz, I.M. Hydzynska, T.S. Lasitsya

State Scientific Institution «Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Government Affairs, Kyiv, Ukraine

Multimorbidity is defined as two or more chronic conditions in the same individual. It is associated with significant impacts on quality of life, poor functional status, enhancement of the challenges of medical care and cost implications, unnecessary hospitalizations, increases the terms of hospital stay, and affects the evaluation of the interventions effectiveness. The article reviews the prevalence of multimorbidity, combinations of conditions in people with multimorbidity, especially, in patients with cardiovascular diseases. This review also identifies the emerging evidence to support policy for the management of people with multimorbidity and common comorbidities as presented in WHO manual, Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity of the American Geriatrics Society and NICE clinical guidelines (NG56). The paper outlined key problems posed by current healthcare organization and experienced by patients with multimorbidity – the need for the development of accurate and reliable methods of comorbidity assessment and evidence-based outcome measurement criteria and tools.

Key words: multimorbidity, comorbidity, comorbidity index, cardiovascular diseases, managing patients with multimorbidity.