

control and quality of life. - 2017.]. Поширеність функціональної інвалідності була вище у хворих на БА та супутнім психологічним дистресом, ніж у пацієнтів, які страждають тільки на БА або психологічний дистрес [The impact of psychological distress on functional disability in asthma. - 2009.]. У порівнянні з НДА, у пацієнтів з ДА відзначалося збільшення регіонарного ЦК (рЦК) в правій півкулі мозочка, але в порівнянні з ГК визначалося значне зниження рЦК у ДА и НДА [Y.Zhang, et al. - Front Psychiatry. - 2018].

ІЧ був значно вище у пацієнтів без контролю над БА, на відміну від пацієнтів з частковим і хорошим контролем (ІЧ: 2,22, 1,69, 1,50, відповідно) ($p = 0,03$). Також виявлена лінійна кореляція між тяжкістю астми і ІЧ (ДІ: 0,22, $p = 0,001$). Алергічні супутні захворювання були більш частими при еозинофільному фенотипі БА ($p = 0,01$) (ВШ: 2,20, 95% ДІ: 1,2-3,8), але не збільшували ймовірність коморбідності (ВШ: 1,05, 95 % ДІ: 0,8-1,2) ($p > 0,05$). Імовірність коморбідності, особливо ішемічної хвороби серця, депресії, була вище у пацієнтів з неатопічною БА (ВШ: 2,039, 95% ДІ: 1,04,11) ($p = 0,03$). Було виявлено, що ожиріння є фактором ризику для коморбідної патології (ВШ: 1,36, 95% ДІ: 1,09-1,84) ($p = 0,04$) [Relation of systemic comorbidities in asthma with disease. - 2018].

Висновки. ЯЖ хворих БА корелює з контролем цього захворювання. Пацієнти з тяжкою, неконтрольованою, неатопічною БА повинні бути обстежені на предмет системних супутніх захворювань. Пацієнти з неатопічною БА схильні до розвитку психосоматичної патології. Таким хворим рекомендовано проведення біхевіоральної терапії як напряму психотерапії. Визнання статевих і вікових відмінностей важливо для розуміння патобіології БА і для забезпечення ефективного навчання пацієнтів самодогляду та індивідуального догляду за пацієнтами з БА протягом усього життя. Замісна гормональна терапія і надмірна вага збільшують ризик розвитку БА. Систематична оцінка пацієнтів з можливою тяжкою формою БА дає можливість визначити бар'єри лікування і триггери симптомів БА, включаючи коморбідності, покращує контроль БА та знижує витрати охорони здоров'я, а також рекомендована Міжнародною мережею рекомендацій (G-I-N).

Ковальова О.М.

ДЕФІНІЦІЯ ТА КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КОМОРБІДНОСТІ, МУЛЬТИМОРБІДНОСТІ, ПОЛІПРАГМАЗИ

Харківський національний медичний університет, м.Харків

У всьому світі зростає кількість патологічних станів, здебільше з тривалим перебігом, які отримали назву хронічні неінфекційні

захворювання, при цьому у пацієнта є ознаки ураження різних систем. Наявність декількох захворювань у одного пацієнта обумовлена станом екології, рівнем надання медичної та соціальної допомоги в різних регіонах та країнах. Безумовно, що важливим фактором, що впливає на появу сполучної патології, є вікові зміни організму людини. Міжнародні статистичні показники свідчать про збільшення тривалості життя людей і, як наслідок, зростання кількості осіб похилого та старечого віку. Саме в цій популяції спостерігається множинні патологічні стани, які потребують лікування фармакологічними препаратами з різноманітним механізмом дії.

Проблема поєднаної патології привертала увагу лікарів з давніх часів. Були запропоновані терміни: коморбідність, мультиморбідність, поліморбідність, сінтропія, але їх тлумачення не має єдиного підходу і викликає досі дискусійні запитання.

Вперше на зв'язок артропатії та ожиріння, цукрового діабету, бронхіальної астми, екземи, каменів жовчного міхура звернув увагу в кінці XIX століття французький професор Шарль-Жозеф Бушар (С. J. Bouchard, 1837—1915 рр.), який використав термін артритизм.

Поява наступного терміну для позначення сполучення декількох захворювань належить німецьким педіатрам М. фон Пфаундлеру і Л. фон Зехту, які на початку 20- років XX століття при спостереженні за 30 тисячами дітей дійшли висновку щодо поєднання синдромів та нозологічних форм і назвали це явище сінтропією.

Термін коморбідність з'явився в медичній літературі завдяки американському епідеміологу, професору Альвану Файнштейну (A. R. Feinstein, 1925—2001 рр.), який в 1970 році застосував це поняття для позначення «додаткових клінічних проявів, що існують або можуть з'явитися самостійно та відрізняються від основного захворювання». Термін коморбідність походить від двох латинських слів *co* — разом, *morbus* — хвороба.

Інтерес до цього напрямку зростав, появились послідовники, а саме М. ван ден Аккер, Ф. Бантінх, С. Рус та інші в статті, надрукованій в 1996 році привернули увагу до семантичного значення термінів коморбідність та мультиморбідність

В наш час термін коморбідність найчастіше використовують для позначення співіснування у пацієнта двох та більше хвороб. Г. С. Кремер, М. ван ден Аккер доповнили це позначення тим, що сполучення хвороб повинно бути патогенетично взаємопов'язано.

Термін мультиморбідність подібний за значенням, походить від латинських слів *multy* — багато, *morbus* — хвороба. Аналогічний термін поліморбідність має в своєму складі грецьке слово *poly* — багато, та латинське *morbus* — хвороба. Існують деякі розбіжності в поясненні термінів мультиморбідність, поліморбідність. Деякі автори вважають, що

цей термін передбачає сполучення багатьох захворювань, які не мають спільних патогенетичних чинників, інші не розглядають патогенез захворювання як основу поєднання патологічних станів. Згідно визначенню Національного інституту здоров'я та медичної допомоги Великобританії, мультиморбідність – це наявність двох або більше хронічних або рецидивуючих станів/захворювань, які можуть включати: фізичні та психічні захворювання, наслідки інволютивних процесів, сенсорні порушення, наркотичну та алкогольну залежність та інші

Авторами класифікації коморбідності були . Г. С. Кремер та М. ван ден Аккер в 1998 р, які виділили такі форми: причинну, випадкову, ускладнену, не з'ясовану та ятрогенну коморбідність. Для лікарів клінічне значення має саме ятрогенна коморбідність, тому що вона асоціюється з поліпрагмазією.

Поліпрагмазія (грец. poly — багато та pragma — предмет, річ) – це термін, що означає призначення лікарем пацієнту одночасно значної кількості препаратів. Для пояснення такого підходу можливо визначити об'єктивні причини, які полягають в тому, що при наявності декількох захворювань або розвитку багатьох ускладнень основного захворювання лікар призначає препарати з метою покращання стану хворого. В останні роки спостерігається глобальна тенденція до збільшення кількості препаратів, які отримують хворі і це є типовим явищем з чіткою кореляцією з віком, тривалістю життя. Відомо, що саме у осіб похилого та старечого віку спостерігається акумуляція захворювань, особливо патологія серцево-судинної системи – артеріальна гіпертензія, акселерація атеросклерозу з ураженням судин серця та головного мозку, периферичних судин, нирок. Внаслідок гіподинамії та метаболічних порушень у цій когорті хворих реєструється ожиріння, дисліпідемія, цукровий діабет 2-го типу, остеопороз.

В цій ситуації формується «замкнуте коло» внаслідок того, що лікар забезпечуючи максимальний лікувальний ефект для конкретного хворого з множинною патологією за рахунок призначення великої кількості препаратів, в той же час, наражає пацієнта на виникнення побічних негативних ефектів ліків, створюючи ятрогенну коморбідність.

Особливо це небезпечно для хворих старших вікових категорій в зв'язку зо змінами фармакокінетики та фармакодинамики препаратів, що впливає на метаболізм ліків саме у таких осіб.

Побічні дії лікарських засобів можуть призводити до небезпечних наслідків в похилому віці, так передозування антигіпертензивних препаратів супроводжується постуральною гіпотензією, падінням хворого та переломом кісток, госпіталізацією і навіть смертю.

Проблема поліпрагмазії при мультиморбідній патології не знайшла свого вирішення до нашого часу. В масштабних рандомізованих

дослідженнях хворих з коморбідністю відносять до категорії виключення із спостереження.

В провідних медичних рекомендаціях регламентується схеми лікування хворих, як правило, з ізольованою патологією. Так, Національний інститут охорони здоров'я та удосконалення медичного обслуговування в Англії (National Institute for Health and Care Excellence in England) надає принципи управління хронічними захворюваннями (профілактики та лікування) окремих захворювань, але дуже рідко звертається до проблем коморбідності та мультиморбідності. Також це стосується національних рекомендацій та протоколів надання медичної допомоги хворим із різноманітною патологією.

Разом з тим, ця проблема дуже актуальна і знайшла відображення в публікації вчених з Королівського та Імперського коледжей Лондона в 2017 році в журналі «Практика сімейної медицини» («BMC Family Practice»). Вчені пропонують, яким чином створити баланс між позитивними ефектами та негативними наслідками фармакологічних препаратів в умовах поліпрагмазії. Провідна стратегія лікаря полягає в персоналізації кожного хворого, клінічній оцінці його клінічних характеристик, своєчасній діагностиці його основного захворювання, ускладнень, супутньої патології, налагодження комунікацій з хворим з метою отримання своєчасної інформації щодо змін стану здоров'я, що може бути викликано побічною дією лікарських препаратів.

В 2018 році вчені, що представляли міжнародну групу стосовно зниженню неналежного використання лікарських препаратів/поліпрагмазії (International Group for Reducing Inappropriate Medication Use & Polypharmacy (IGRIMUP)) узагальнили поточну ситуацію та запропонували рекомендації як для практичних лікарів, так і науковців.

В практичній діяльності лікарі повинні мати належний рівень знань з клінічної фармакології, бути обізнаними з взаємодією різних лікарських засобів, можливим антагонізмом або синергізмом їх дії при поєднаному застосуванні, віковими змінами метаболізму. З метою запобігання поліпрагмазії доцільно призначати етіотропну та патогенетично обґрунтовану терапію. Необхідно лікарям мати доступ до систематизованих джерел, що своєчасно повідомляють стосовно побічної дії конкретного лікарського препарату. Ці заходи здатні значно підвищити рівень надання медичної допомоги хворим з коморбідною та мультиморбідною патологією.