



**О. О. Абрагамович, О. П. Фаюра,
У. О. Абрагамович**

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Коморбідність: сучасний погляд на проблему; класифікація (повідомлення друге)

Для стандартизації наукових досліджень коморбідних захворювань запропоновано 13 індексів [69, 79, 100]:

1. Індекс М. Е. Charlson (M. E. Charlson Index) [17, 58, 59]. 2. Модифікований індекс М. Е. Charlson – у 1992 р. R. A. Deo додав у загальноприйнятій шкалу хронічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС) і стадії хронічної серцевої недостатності [73]. 3. Кумулятивна шкала рейтингу захворювання (Cumulative Illness Rating Scale – CIRS), яка оцінює стан усіх систем організму без специфічних діагнозів, розроблена в 1968 р. В. S. Linn, стала революційним відкриттям, оскільки дала можливість лікарям оцінювати кількість і важкість хронічних захворювань у структурі коморбідного статусу пацієнтів [17, 99]. 4. Система CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics) – різновид системи CIRS у хворих літнього віку, запропонований у 1991 р. М. D. Miller, що враховує вік хворих і специфіку хвороб літнього віку [105, 106]. 5. Індекс А. D. Kaplan – А. Feinstein, створений у 1973 р. на основі вивчення впливу супутніх захворювань на п'ятирічне виживання хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу [17, 92]. 6. Індекс поєднаних захворювань (Index of Coexisting Disease – ICED), за допомогою якого можна визначити ступінь важкості захворювання та непрацездатності. Спочатку, в 1993 р., він був розроблений S. Greenfield для оцінки коморбідності хворих зі злоякісними новоутвореннями, а відтак і для інших категорій пацієнтів [83]. 7. Індекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity), розроблений у 2002 р., зосереджує увагу на захворюваннях, які найчастіше трапляються у старших осіб [78]. 8. Індекс FCI (Functional Comorbidity Index), розроблений у 2005 р., допомагає оцінити функціональні коморбідні розлади [64, 85]. 9. Індекс TIBI (Total Illness Burden Index) розроблений у 2007 р. Проте достовірної інформації стосовно його застосування немає [72, 100]. 10. Індекс тягаря захворювань [The Burden of Disease Index (BODI)] складається з 59 категорій захворювань, вибраних на основі літературного огляду та спосте-

режень трьох лікарів і медсестри, в основі яких – стандартизовані принципи оцінки симптомів, ускладнень захворювань, необхідності й труднощів лікування [78]; 11. Індекс важкості захворювання Медичного центру Герцогського університету [Duke University Medical Center, Durham, USA – The Duke Severity of Illness (DUSOI) index] розроблено для оцінювання стану амбулаторних хворих на етапі первинної ланки допомоги, за аналізом історії хвороби, але згодом змінено для використання й за умови безпосереднього контакту між пацієнтом і лікарем [57, 116]. 12. Індекс А. П. Холстрема (A. P. Hallstrom index) розроблений, щоб допомогти спрогнозувати виникнення певних захворювань після зупинення серця [121]. 13. Індекс А. Elixhauser (Elixhauser-index, або Elixhauser Score Work) розроблений з використанням адміністративних баз даних стаціонарів штату Каліфорнія (N = 1779167). За допомогою цього індексу створено перелік 30 супутніх захворювань на основі кодування МКХ-9, з урахуванням показників впливу тривалості перебування в стаціонарі, смертності, зміни стану хворих різних груп. Окрім цього, систематичний огляд та порівняльний аналіз показує, що серед різних індексів коморбідних захворювань Elixhauser-index є найкращим предиктором ризику смерті для пацієнта, особливо упродовж 30 днів від часу шпиталізації [126].

Розуміючи важливість для клінічної медицини, й насамперед для інтерністів, проблеми коморбідності, колектив кафедри внутрішньої медицини № 1 працює над нею впродовж 40 років. Проаналізовано результати комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 32 550 хворих терапевтичного профілю (45,0 % жінок та 55,0 % чоловіків віком від 18 до 89 років). Ця інформація лягла в основу концепції нашого розуміння проблеми й була підставою для модифікації класифікації захворювань (рис. 1, 2).

Із огляду на те що сьогодні в світі немає погодженого розуміння суті цієї проблеми, зокрема її класифікації, та уніфікації вживаної термінології, спро-

ба систематизувати здобуті знання вимагає подання переліку живаних нами термінів відповідно до нашого розуміння їх змісту.

Симптом – будь-яка суб'єктивна, невласлива до ровому організму відчутна зміна в його роботі або функціях, окрема конкретна скарга хворого, яка є проявом певного захворювання, хворобливого стану або порушення будь-якого процесу життєдіяльності (наприклад, кашель).

Симптомокомплекс – певна кількість симптомів, зазвичай патогенетично різних, які спостерігаються у хворого в певний період часу й можуть характеризувати певну нозологію, її ускладнення або варіанти перебігу. Симптомокомплекс може містити симптоми, що не належать до жодного синдрому, а також бути поєднанням кількох синдромів (наприклад, синдром В. Х. Кандинського – Г. Клерамбо, в якому один із характерних симптомів відсутній, а є два будь-які невласливі для цього синдрому).

Синдром – стійка сукупність симптомів із єдиним патогенезом, характерних для клінічних проявів певної хвороби, її частини або ж кількох захворювань. Тому синдром не є хворобою як нозологічною одиницею, оскільки може мати зв'язок із різними захворюваннями (наприклад, метаболічний синдром, синдром Дж. Л. Дауна).

Хвороба (захворювання) – порушення нормальної життєдіяльності організму, зумовлене функціональними і (або) морфологічними (структурними) змінами, які виникають за впливу ендогенних і (або) екзогенних чинників (наприклад, гіпертонічна хвороба).

Моноураження – наявність у певної людини лише одного синдрому або нозології (наприклад, гострий бронхіт у пацієнта без наявних у нього інших захворювань).

Коморбідні ураження (бі- та поліморбідні) – наявність у певної людини двох синдромів чи нозологій і більше.

Біморбідні ураження – наявність у певної людини двох коморбідних синдромів чи нозологій [наприклад, поєднання бронхіальної астми (БА) та кропив'янки].

Поліморбідні ураження – наявність у певної людини трьох коморбідних синдромів або нозологій чи більше (наприклад, поєднання нозологій – аутоімунного тиреоїдиту, системного червоного вовчачка та первинного біліарного цирозу печінки або ж гепато-пульмонального, гепато-лієнального, гепато-ренального синдромів у пацієнта з цирозом печінки).

Каузальні ураження – причина виникнення захворювання відома (постстрептококовий гломерулонефрит).

Ідіопатичні (генуїнні, есенціальні) ураження – причина виникнення захворювання невідома (синдром Г. Шегрена).

Синдромальні ураження – наявність в організмі одного (моноураження) (наприклад, метаболічний синдром), двох і більше (коморбідні) синдромальних захворювань (наприклад, поєднання постхолецистектомічного та депресивного синдромів).

Нозологічні ураження – наявність в організмі однієї (моноураження) (наприклад, БА), двох і більше (коморбідні) нозологічних одиниць (наприклад, поєднання псоріазу та остеоартрозу).

Синдромально-нозологічні ураження – поєднання певного (-их) синдромального (-их) захворювання (-ь) та нозології (-ій) в одному організмі (наприклад, поєднання метаболічного синдрому та БА).

Синтропічні коморбідні ураження – поєднання двох і більше синдромів або нозологічних одиниць зі спільними генетичними і/або етіологічними та патогенетичними механізмами у людини, які можуть, за певних умов, впливати на перебіг один одного (наприклад, ЦД і остеоартроз, системний червоний вовчак і аутоімунний тиреоїдит, подагра та ожиріння).

Несинтропічні захворювання (нейтропії, дистропії, атропії) – синтропічного зв'язку між синдромами та хворобами немає, але вони можуть також поєднуватися в одному організмі у різних комбінаціях та різними видами взаємозв'язку.

Нейтропії (конкурентні, поєднані та інтеркурентні) – випадкові поєднання захворювань в одному організмі (пневмонія та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки).

Дистропії – рідкісні поєднання певних захворювань в одному організмі [БА і туберкульоз (ТБ) легень].

Атропії – неможливі поєднання захворювань в одному організмі (лімфо- та мієлопроліферативні захворювання).

Конкурентні захворювання – одночасно наявні у хворого нозологічні форми (з гострим або хронічним перебігом), взаємозалежні за етіологією та патогенезом, що одночасно мають симптоми основного захворювання, кожне з яких саме по собі або через свої ускладнення може призвести до смерті (наприклад, гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST та гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом).

Поєднані захворювання – захворювання з різними етіологією та патогенезом (з гострим або хронічним перебігом), кожне з яких окремо не може бути чи не є причиною смерті, але, збігаючись за часом виникнення і взаємно обтяжуючи одне одного, призводять до смерті хворого (остеопорозний перелом хірургічної шийки стегна, гіпостатична пневмонія і ЦД 2-го типу, середньоважкий перебіг).

Інтеркурентні захворювання – виникнення гострого захворювання, етіологічно та патогенетично не зумовленого певною наявною у пацієнта хронічною хворобою (наприклад, ІХС та гостра респіраторна вірусна інфекція).

Вроджені захворювання – генетичні захворювання організму та вади розвитку, які є в явній або прихованій формі вже під час народження дитини (синдром А. Марфана).

Вроджені захворювання бувають спадковими й неспадковими. Спадкові виникають через порушення в процесах збереження, передавання та реалізації генетичної інформації (наприклад, галактоземія),

неспадкові – внаслідок внутрішньоутробного інфікування чи впливу інших чинників середовища впродовж вагітності матері, а також залежно від періоду внутрішньоутробного розвитку, в який відбувся вплив певного хвороботворного чинника: 1) ембріопатії – ушкодження відбулося в період до 8 тижнів після зачаття (наприклад, анцефалія, вроджений іхтіоз) і 2) фетопатії – ушкодження відбулося в період від 9 тижнів від зачаття й до моменту народження дитини (алкогольний синдром плода, фетальний постінфекційний гепатит).

Набуті захворювання – ті, яких людина «набула» впродовж свого життя після народження, можуть бути: 1) не випадковими (мультифакторіальними) – з генетичною схильністю [наприклад, артеріальна гіпертензія (АГ) та ІХС] і 2) випадковими – «набуті» випадково впродовж життя [наприклад, хронічний панкреатит і хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)].

Так звані функціональні захворювання – морфологічні зміни в певних органах чи тканинах організму відсутні (наприклад, гастро-езофагальний рефлюкс та дискінезія жовчовивідних шляхів за гіперкінетичним типом).

Органічні – наявні морфологічні зміни в певних органах чи тканинах організму, характерні для конкретного захворювання (наприклад, хронічний гломерулонефрит і гепатит С).

Функціонально-органічні – є і функціональні, і органічні зміни в певних органах чи тканинах організму, характерні для конкретного захворювання (наприклад, дуодено-гастральний рефлюкс і хронічний гастрит).

Гомотипові – поєднання захворювань у межах однієї системи організму (одного діагностичного угруповання) (наприклад, депресія і дистимія).

Гетеротипові – поєднання захворювань, які ушкоджують різні системи організму (різні діагностичні угруповання) (наприклад, депресія і рак).

Одочасні (симультантні) – захворювання, які виникають одночасно [наприклад, подагра та ожиріння (синтропічні), пневмонія та коліт (нейтропічні)].

Почергові (консеквентні) (перше, наступне (-і): друге, третє...) – захворювання, які виникають послідовно, у певному порядку, одне за одним (наприклад, гепатит С та гломерулонефрит).

Основне ураження – синдром або нозологічна форма, яка сама або внаслідок ускладнень зумовлює першочергову потребу лікування у зв'язку з найбільшою загрозою для життя і працездатності або стала причиною смерті хворого (наприклад, трансмуральний інфаркт міокарда).

Другорядне (-і) ураження (синтропічні) – синдром (-и) або нозологічна (-і) форма (-и), які за важливістю не вимагають першочергового лікування, оскільки не становлять найбільшої загрози для життя й працездатності чи не стали причиною смерті хворого (наприклад, анемія у випадку некомпенсованого цирозу печінки).

Супутне (-і) ураження (несинтропічні) – синдром (-и) або нозологічна (-і) одиниця (-і), яка (-и) не має (-ють) спільних етіологічних і патогенетичних зв'язків з основним захворюванням, і має (-ють) іншу номенклатурну рубрифікацію [наприклад, жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) та інфаркт міокарда].

Ускладнення – вторинні, асоційовані з основним захворюванням, передбачувані або ж непередбачувані, деколи як наслідки проведених діагностичних заходів чи лікування синдрому (-и), нозологія (-і), які маніфестують якісно іншими від традиційних проявів основного захворювання функціональними та/або органічними показниками, погіршують перебіг хвороби, а деколи можуть стати причинами смерті (наприклад, набряк легень як ускладнення інфаркту міокарда) (рис. 2).

Ускладнення можуть бути синдромальними (наприклад, гепато-лієнальний синдром унаслідок цирозу печінки) та нозологічними (наприклад, жирова тромбоемболія легеневої артерії внаслідок перелому стегнової кістки).

За кількістю ускладнень розрізняють моноускладнення (кардіогенний шок унаслідок інфаркту міокарда), подвійне ускладнення (кардіогенний шок та виникнення аневризми аорти внаслідок інфаркту міокарда), поліускладнення (синдром В. Дресслера, аневризми аорти й атріовентрикулярна блокада II ступеня внаслідок інфаркту міокарда).

За часом виникнення розрізняють безпосередні, ранні, пізні та віддалені ускладнення.

Безпосередні ускладнення – ускладнення, що виникають одразу після початку захворювання (наприклад, повна атріовентрикулярна блокада внаслідок інфаркту міокарда) або в момент проведення операційного втручання (наприклад, інтраопераційна кровотеча, шок).

Ранні ускладнення – ускладнення, що виникають у гострому періоді, на початковій стадії захворювання (наприклад, гостра ниркова недостатність унаслідок опікової хвороби) або в ранній післяопераційний період (наприклад, післяопераційний абсцес).

Пізні ускладнення – ускладнення, що виникають не в гострому періоді чи на початковій стадії захворювання, а на наступних етапах його перебігу, переважно в період від 1 до 5 років після початку хвороби (наприклад, посттравматичні рубцеві контрактури суглобів, поствиразкова рубцева деформація цибулини дванадцятипалої кишки) чи проведеної операції (наприклад, післяопераційні нориці).

Віддалені ускладнення – виникають у період після п'яти років від моменту виникнення захворювання (наприклад, віддалені наслідки променевої хвороби) чи проведеної операції (наприклад, постгастрорезекційна хвороба).

Ускладнення можуть мати відомий механізм виникнення (наприклад, набряк легень унаслідок інфаркту міокарда) або ще достовірно не з'ясований (наприклад, мігренозний (-а) інфаркт/ішемія).

Із огляду на те що ускладнення часто можуть бути зумовлені не власне захворюванням, а ятрогенними чинниками, доцільно виокремити:

1) синтропічні ускладнення – синдроми (наприклад, синдром гіперкоагуляції внаслідок значного зневоднення у випадку холери, синдром дисемінованого внутрішньосудинного зсідання), чи нозології (наприклад, геморагічний інсульт), які виникають унаслідок несприятливого перебігу захворювання; можуть бути на певних етапах симптомом, синдромом, а згодом ставати окремою нозологією (наприклад, інфаркт міокарда, кардіогенний шок).

2) несинтропічні ускладнення – синдроми чи нозології, які є наслідком проведення певних діагностичних процедур або лікування, за відсутності проведення яких ці ускладнення не виникали б або їх важкість була б значно меншою (наприклад, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу внаслідок проведення езофагогастродуоденофіброскопії).

Ускладнення можуть бути так званими функціональними (наприклад, гастроєзофагальний рефлюкс), органічними (наприклад, синдром В. Дресслера), функціонально-органічними (наприклад, післявакцинальні ускладнення); гомо- (наприклад, інфаркт міокарда і фібриляція шлуночків) чи гетеротиповими (наприклад, діабетична полінейропатія у пацієнтів з ЦД); прогнозованими чи непрогнозованими.

Прогнозоване захворювання/ускладнення – прогноз передбачуваний (позитивний прогноз – поліпшення стану або видужання, негативний прогноз – погіршення стану або смерть);

Непрогнозоване захворювання/ускладнення – прогноз невідомий або ж його перебіг спрогнозувати неможливо.

Запропонована нами **класифікація** передбачає, що всі захворювання або ж синдроми можна поділити на:

- моноураження;
- коморбідні ураження (рис. 1, а).

Моноураження (рис. 1, б):

I. За причиною виникнення:

- каузальне;
- ідіопатичне (генуїне, есенціальне).

II. За клінічним варіантом уражень:

- синдромальне;
- нозологічне.

III. За походженням:

- вроджене:
 - спадкове;
 - неспадкове:
 - ~ембріопатії;
 - ~фетопатії;

• набуте:

- невивадкові;
- випадкові.

IV. За наявністю морфологічних змін:

- так звані функціональні;
- органічні;

- функціонально-органічні.

V. За наявністю ускладнень:

- ускладнене;
- неускладнене.

VI. За прогнозом:

- прогнозоване:
 - позитивний прогноз:
 - ~поліпшення;
 - ~видужання;
 - негативний прогноз:
 - ~погіршення;
 - ~смерть;
- непрогнозоване.

Коморбідні ураження (рис. 1, в):

I. За кількістю:

- біморбідні;
- поліморбідні.

II. За причиною виникнення:

- каузальні;
- ідіопатичні (генуїнні, есенціальні).

III. За клінічним варіантом уражень:

- синдромальні;
- нозологічні;
- синдромально-нозологічні.

IV. За взаємозв'язком між захворюваннями:

- синтропічні;
- несинтропічні:
 - нейтропічні:
 - ~ конкурентні;
 - ~ поєднані;
 - ~ інтеркурентні;
 - дистропічні;
 - атропічні.

V. За походженням:

- вроджені:
 - спадкові;
 - неспадкові:
 - ~ембріопатії;
 - ~фетопатії.
- набуті:
 - невивадкові;
 - випадкові.

VI. За наявністю морфологічних змін:

- так звані функціональні;
- органічні;
- функціонально-органічні.

VII. За залученням у процес органів і систем:

- гомотипові;
- гетеротипові.

VIII. За черговістю виникнення:

- одночасні (симультантні);
- почергові (консеквентні):
 - перше;
 - наступне (-і): друге, третє...

IX. За симптоматичною домінантністю:

- основне й другорядне (для синтропій);
- основне й супутне (для несинтропічних уражень).

X. За наявністю ускладнень:

- неускладнене;
- ускладнене:
 - УСКЛАДНЕННЯ** (рис. 2):
 - за обсягом уражень:
 - ~синдромальні;
 - ~нозологічні;
 - за кількістю:
 - ~ моноускладнення;
 - ~ подвійні (дуальні) ускладнення;
 - ~ поліускладнення;
 - за часом виникнення ускладнень:
 - ~безпосередні;
 - ~ранні;
 - ~пізні;
 - ~віддалені;
 - за інформацією про механізм виникнення:
 - ~зі з'ясованим механізмом виникнення;
 - ~з нез'ясованим механізмом виникнення.
 - за механізмом виникнення:
 - ~синтропічні;
 - ~несинтропічні;
 - за наявністю морфологічних змін:
 - ~так звані функціональні;
 - ~органічні;
 - ~функціонально-органічні;
 - за залученням у процес органів і систем:
 - ~гомотипові;
 - ~гетеротипові;
 - за прогнозом ускладнень:
 - ~прогнозоване:
 - позитивний прогноз:
 - поліпшення;
 - видужання;
 - негативний прогноз:
 - погіршення;
 - смерть;
 - ~непрогнозоване.

XI. За прогнозом:

- прогнозоване:
 - ~позитивний прогноз:
 - поліпшення;
 - видужання;
 - ~негативний прогноз:
 - погіршення;
 - смерть;
- непрогнозоване.

Подана класифікація важлива для практичної медицини, адже може допомогти лікареві систематизувати й комплексно оцінити певне захворювання, визначити масштаб охоплення патологічним процесом певних органів чи систем органів, почерговість виникнення захворювань, можливість чи, навпаки, алогічність причинно-наслідкового зв'язку між ними, а відтак провести всі необхідні діагностичні процедури відповідно до їх важливості для діагностики, призначити лікування без вдавання до поліпрагмазії й отримати позитивний результат цього лікування.

Як **приклади** формулювання **діагнозів** подаємо декілька зразків відповідно до наведеної класифікації.

1. Моноураження:

«Бронхіт: гострий; ДН*: 0 ступеня».

2. Коморбідні ураження:

а) біморбідні синтропічні: «Бронхіальна астма: персистивна; середньої важкості, фаза нестійкої ремісії; ДН*: за обструктивним типом, II ступеня. Кропив'янка: алергічна (Ig E-залежна); медикаментозна (на аспірин); гострий перебіг; urticaria annularis; генералізована; середнього ступеня важкості. ФКТХ** II»;

б) поліморбідні синтропічні захворювання (нозології): «Тироїдит: аутоімунний; гіпотироз; фаза декомпенсації. Системний червоний вовчак: активна фаза, активність I ступеня; з ураженням шкіри та придатків (дифузна алопеція), суглобів (поліартрит із переважним ураженням дрібних суглобів кистей, колінних, кульшових суглобів, Rtg-стадія I-II, ФНС***), судин (синдром Рейно), імунологічними (ANA****, anti-ds DNA-positiv*****) порушеннями, із синдромом «сухого ока» обох очей. Цироз печінки: первинний біліарний; II стадія; 2-й ступінь ушкодження печінки (печінково-клітинна недостатність, II); з ураженням центральної нервової системи (печінкова енцефалопатія, II ступеня), системи гемостазу (коагулопатія, II ступеня); швидкий, хвилеподібний перебіг з негативною динамікою. ФКТХ III»;

в) поліморбідні синтропічні захворювання (синдроми): «Цироз печінки: токсико-аліментарної етіології; 2-й ступінь ушкодження печінки (печінково-клітинна недостатність); ускладнений гепато-ренальним синдромом II типу, гепато-пульмональним, гепато-лієнальним синдромами; швидкий, хвилеподібний перебіг з негативною динамікою; ФКЦХ***** II»;

г) біморбідні несинтропічні нейтропічні конкурентні: «ІХС: гострий коронарний синдром, з елевацією сегмента ST; передньоперегородковий (18.08.2015 р.); гостра фаза; гостра лівошлуночкова недостатність (II клас за Т. Killip). Гостре порушення мозкового кровообігу (21.08.2015 р.): за геморагічним типом; у басейні правої середньомозкової артерії; з лівобічним спастичним геміпарезом; рідкими вторинно генералізованими судомними нападами. ФКТХ IV»;

г) поліморбідні несинтропічні нейтропічні поєднані: «Перелом: хірургічної шийки правого стегна; у базальній ділянці; без зміщення; неускладнений (14.04.2015 р.). Пневмонія: вторинна (гіпостатична), нозокоміальна, вогнищева, нижньочасточкова, двобічна, клінічна група III; ДН: за рестриктивним типом, III ступеня. ЦД: 2-й тип; вторинно-інсулінозалежний; важка форма; стадія медикаментозної субкомпенсації; діабетна стопа, ішемічна форма. ФКТХ II»;

д) біморбідні несинтропічні нейтропічні інтеркурентні: «ІХС: дифузний кардіосклероз; СН*****: II А стадія, зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ***** – 55,0%), II ФК***** за NYHA. Гостра респіраторна вірусна інфекція, середньоважкий перебіг; ДН: за змішаним типом, I ступеня. ФКТХ II».

- * - дихальна недостатність;
- ** - функціональний клас терапевтичного хворого;
- *** - функціональна недостатність суглобів;
- **** - антинуклеарні антитіла;
- ***** - ДНК-позитивний;

- ***** - функціональний клас цирозного хворого;
- ***** - серцева недостатність;
- ***** - фракція викиду;
- ***** - функціональний клас.



Рис. 1, а. Класифікація захворювань.

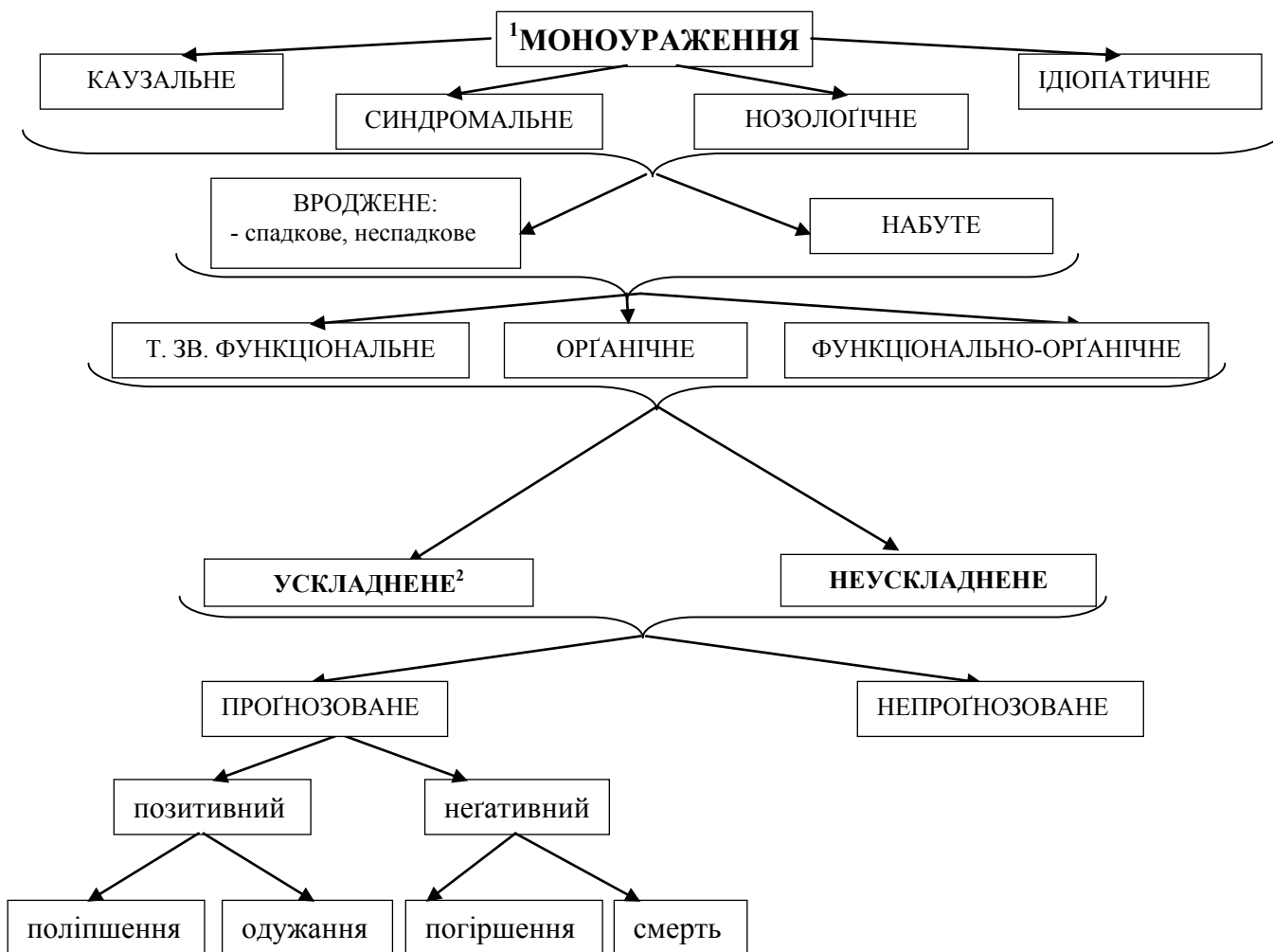


Рис. 1, б. Класифікація моноуражень.

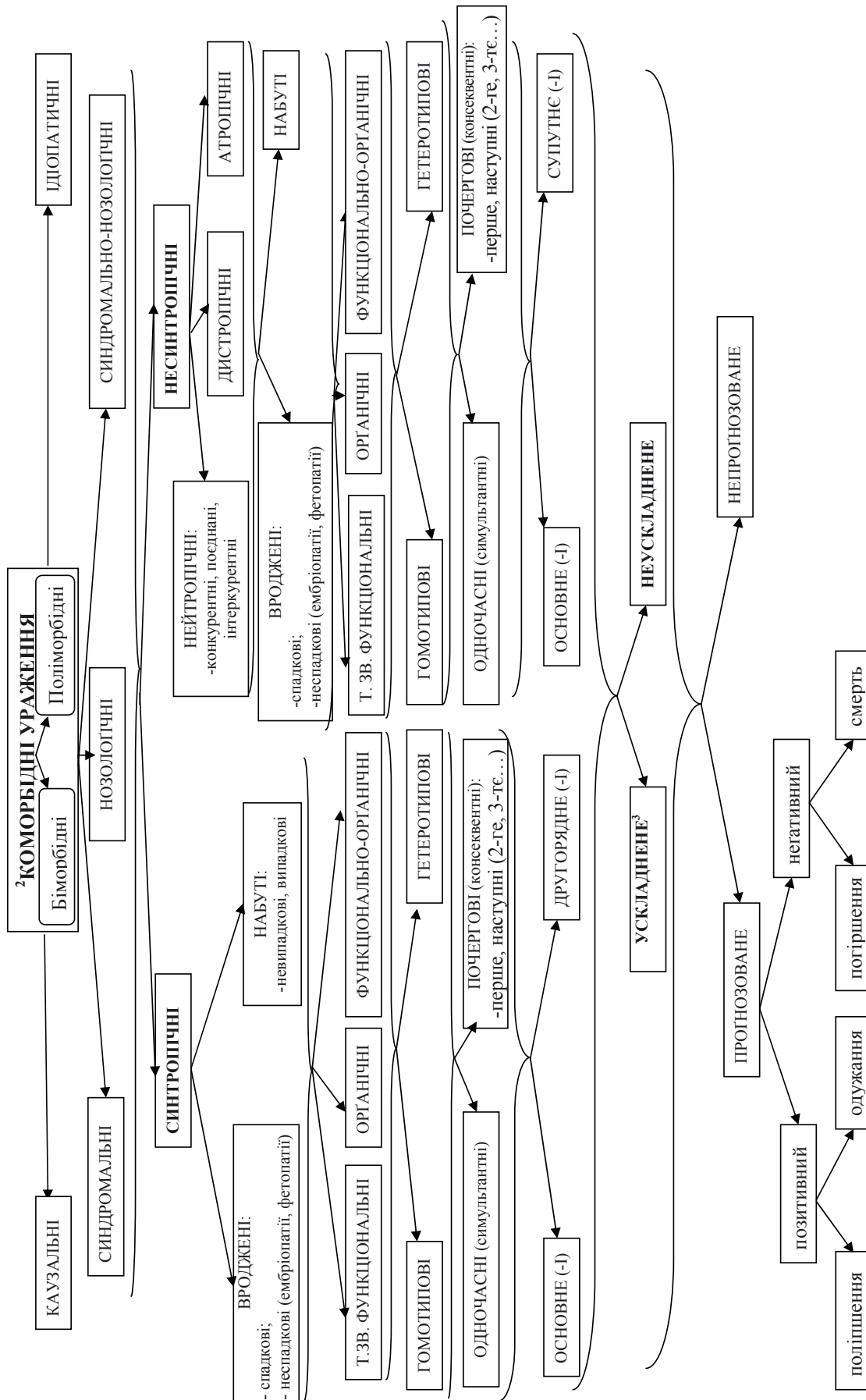


Рис. 1, в. Класифікація коморбідних захворювань.

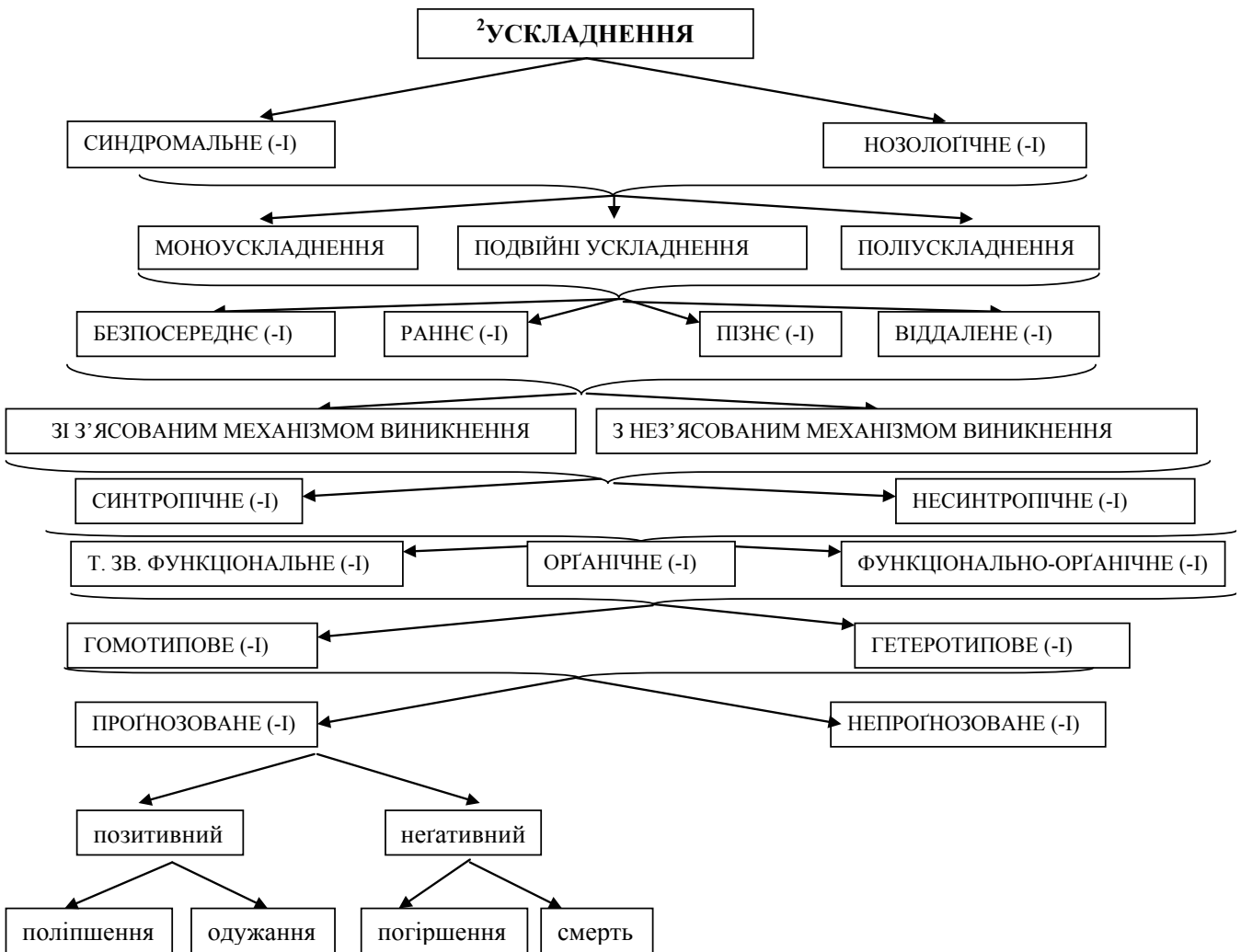


Рис. 2. Класифікація ускладнень.

Висновки. Кількість хворих, що страждають на декілька хвороб, із кожним роком збільшується. Нерідко саме коморбідні ураження погіршують перебіг основного захворювання і/або призводять до його хронізації, спричиняють інвалідизацію та передчасну смерть працездатного населення. За результатами наших напрацювань, коморбідні захворювання поділено на біморбідні (наявність у певної людини двох синдромів чи нозологій) та поліморбідні (наявність у певної людини трьох синдромів чи нозологій і більше), з яких своєю чергою виокремлено синтропічні

коморбідні ураження (поєднання двох і більше синдромів або нозологічних одиниць зі спільними генетичними і/або етіологічними та патогенетичними механізмами у людини, які можуть, за певних умов, впливати на перебіг одне одного) та несинтропічні (нейтропії, дистропії, атропії).

З метою оптимізації діагностично-лікувальної роботи у клінічній практиці доцільно використовувати запропоновану класифікацію коморбідних уражень та їх ускладнень.

Стаття надійшла до редакції журналу 25 січня 2016 р.

Коморбідність: сучасний погляд на проблему; класифікація (повідомлення друге)

О. О. Абрагамович, О. П. Фаюра, У. О. Абрагамович

Систематизація теоретичних і практичних знань про коморбідні захворювання, а отже, розв'язання цієї проблеми не переходить за межі наукових дискусій, з приводу чого й досі не існує погодженого розуміння її суті та уніфікації вживаної термінології. Для стандартизації наукових досліджень у вивченні коморбідності

як випадкової комбінації в одного пацієнта різних за етіологією та патогенезом захворювань або ж нозологічної синтропії коморбідних захворювань запропоновано 13 індексів.

Проаналізовано джерела літератури, які стосуються питання вивчення коморбідних захворювань і подаючи сучасні погляди вчених стосовно цієї проблеми, на основі чого вибудовано власну систематизацію отриманих фактів. Запропоновано всі захворювання, що виникають в організмі, поділити на моноураження (у певної людини є лише одне захворювання, неускладнене) та коморбідні захворювання (два захворювання і більше у однієї людини), які своєю чергою поділяються на рубрики, залежно від їх кількості, причини виникнення, клінічного варіанту уражень, взаємозв'язку між захворюваннями, поєднаними в одному організмі, походження, наявності морфологічних змін, залучення у процес органів і систем, черговості виникнення, симптоматичної домінантності, наявності ускладнень, прогнозу тощо. Окремо рубрифіковано ускладнення, залежно від їх особливостей.

Подана класифікація важлива для практичної медицини, адже може допомогти лікареві систематизувати й комплексно оцінити певне захворювання, визначити масштаб охоплення патологічним процесом певних органів чи систем органів, почерговість виникнення захворювань, можливість чи, навпаки, алогічність причинно-наслідкового зв'язку між ними, а відтак провести всі необхідні діагностичні процедури відповідно до їх важливості для визначення діагнозу, призначити лікування без вдавання до поліпрагмазії й отримати позитивний результат цього лікування.

Ключові слова: коморбідні захворювання, поліморбідність, класифікація, синтропія.

Comorbidity: a Modern View on the Problem; Classification (second notice)

O. Abrahamovych, O. Fayura, U. Abrahamovych

Comorbidity is one of the main problems in modern medicine. But, organizing theoretical and practical knowledge of comorbid diseases, and thus solving the problem as a whole, unfortunately, does not go beyond the scientific debate, about which there is still no coherent understanding of its essence and unification of the used terminology. For standardization of the scientific researches on comorbidity as a random combination of the diseases in one patient, which are different by their etiology and pathogenesis such as nosological syntropy, i.e. natural occurrence of the regular determined diseases combinations, were proposed 12 indices and one simple list of the diseases.

The work analyzes the literature sources, which deal with the study of comorbid diseases and quite thoroughly reflect the current views of the scientists on this issue, based on which was made a systematization of the received facts and was proposed our own classification. It is suggested that all the diseases that occur in the body are divided into monodisease (only one uncomplicated disease in one person) and comorbid disease (2 or more diseases in one person), which, in its turn, are divided into columns, depending on the amount of the diseases, their etiology, clinical variant of the lesions, relationship between the diseases combined in one body, their origin, the presence of morphological changes, involvement of organs and systems into the process, the order of their appearance, symptomatic dominance, the presence of the complications, prognosis and so on.

The given classification is important for the applied medicine, as it can help the doctor to organize and comprehensively assess the disease, to scale the level of injuring of the certain organs or organ systems by the pathological process, the mode of the diseases, the possibility or, conversely, illogicality of the causal connection between them, and then conduct all necessary diagnostic procedures according to their importance for the diagnosis, prescribe treatment without recourse to polypharmacy and get a positive result of this treatment.

The problem of classification of comorbid diseases is very actual now. Despite this fact, the search for the new variants of combinations of the diseases continues, as their combinations can simply be not yet classified syndromal diseases, or vice versa – to be completely incompatible for the appearance and coexistence in one body. This is the key to solve more and more problems for the diagnosis and treatment of the diseases in the field of the practical medicine. That is why a comprehensive study and detailed systematization of the knowledge with our attempt to create the unified classification of the comorbidities are important steps towards the understanding and solving this problem.

Keywords: comorbid diseases, polymorbidity, classification, syntropy.

Список використаної літератури (39 найменувань кирилицею, 107 найменувань латиницею) є в редакції журналу.