

УДК 616.1.1.9

Опарін О. А., Синельник В. П.

ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Особливістю розвитку сучасної клінічної медицини є факт того, що захворювання втрачають свій мононозологічний характер та набувають статусу коморбідності. Термін «коморбідність» використовують для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму, або наявності двох захворювань; за наявності трьох та більше захворювань застосовується термін «мультиморбідність». При цьому питання про особливості поєднаного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби і гіпертонічної хвороби, як найбільш поширеного захворювання серцево-судинної системи, залишається невивченим. Актуальною ця проблема є для ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. Характерністю клінічного перебігу у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС є тісний зв'язок клініки гіпертонічної хвороби з цереброваскулярною патологією, супутніми розладами вегетативної нервової системи та ряду інших життєво важливих систем. Таким чином, це свідчить про актуальність представленої проблеми, і необхідність проведення дослідження поширеності захворювання гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби асоційованої з гіпертонічною хворобою у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, медико-статистичного вивчення способу та якості життя хворих з метою виявлення факторів, що впливають на формування та перебіг захворювання, а також розробки рекомендацій щодо оптимізації спостереження та лікування даного контингенту.

Ключові слова: коморбідність, поліморбідність, гіпертонічна хвороба, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ліквідатори наслідків аварії на ЧАЕС.

НДР кафедри терапії, ревматології і клінічної фармакології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, «Механізм формування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби із супутньою патологією та розробка методів її патогенетичної корекції у студентів» (держреєстрація № 0110U002441).

Особливістю розвитку сучасної клінічної медицини є факт того, що різні захворювання втрачають свій мононозологічний характер та набувають статусу коморбідності. В вітчизняних літературних джерелах для визначення станів, що характеризуються наявністю декількох захворювань, які мають як гострий, так і хронічний перебіг, використовують різні терміни - «поєднана патологія», «комбінована патологія», «супутні» або «асоційовані» захворювання та стани [16, 24, 43]. В англомовній науковій літературі частіше застосовуються терміни «коморбідні захворювання» або стани (comorbid diseases, comorbid conditions). Термін «коморбідність» (comorbidity) використовують для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму, або наявності двох захворювань; за наявності трьох та більше захворювань застосовують термін «мультиморбідність» (multimorbidity) [50]. Отже, поліморбідність включає як випадкову комбінацію у одного пацієнта різних за етіологією та патогенезом захворювань, так і нозологічну синтропію, тобто розвиток закономірно обумовлених (детермінованих) комбінацій хвороб. Синтропію визначають як «...вид поліпатій, коли хвороби своєрідно «тягнуться» одна за одною, прагнуть поєднатися чи готують ґрунт одна для одної» [44, 46].

Причинами поліморбідності є анатомічна близькість уражених органів, спільний патогенез, причинно-наслідковий зв'язок або випадкове поєднання захворювань [5, 26]. Ще один механізм розвитку поліморбідності - ятрогенний, при якому довготривале застосування лікарських засобів призводить до виникнення побічної дії, яка пізніше може перейти у самостійне захворюван-

ня. Таким чином, поряд з такими загальновідомими поєднаннями захворювань як ішемічна хвороба серця (ІХС) і цукровий діабет [7, 15], артеріальна гіпертонія (АГ) і ІХС [17, 22], АГ і ожиріння [9], жовчокам'яна хвороба і діафрагмальна нориця [7], ерозивне ушкодження гастродуоденальної зони і хронічні бронхолегеневі захворювання [23, 31] все частіше з'являються комбінації захворювань, які раніше зустрічалися рідко, наприклад, виразкова хвороба і ІХС [6], хронічний гастродуоденіт і дисліпідемія, цукровий діабет і виразкова хвороба, виразкова хвороба і бронхіальна астма [21], і, нарешті кислотозалежні захворювання [27, 33]. Останнє поєднання в силу відмінностей вегетативної регуляції довго вважалося випадковим і таким, яке рідко зустрічається. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) як кислотозалежне захворювання, в контексті асоційованої патології частіше розглядалася як маска псевдокоронарного або бронхообструктивного синдромів, а також як причина пароксизмальних порушень ритму серця. При цьому питання про особливості поєднаного перебігу ГЕРХ і АГ, як найбільш поширеного захворювання серцево-судинної системи, залишається невивченим. Таким чином, значення проблеми коморбідності для практичної діяльності перш за все, обумовлене тим, що наявність декількох захворювань із хронічним перебігом призводить до погіршення якості життя [11].

Тепер більш детально зупинимося на визначенні терміну гіпертонічна хвороба (ГХ). ГХ – це поліетіологічне захворювання, яке проявляється підвищенням артеріального тиску (АТ) і обумовлено нервово-функціональними порушеннями його регуляції [30]. Класифікація ГХ (ВООЗ): 1

стадія – є підвищення АТ без змін внутрішніх органів; 2 стадія – підвищення АТ та є зміни внутрішніх органів без порушення функцій (ІХС, зміни очного дна); 3 стадія – підвищення АТ зі змінами внутрішніх органів та порушення їх функцій (мозок – інсульт, серце – інфаркт, нирки – нефросклероз). Класифікація ГХ за рівнем АТ: м'яка стадія – 140 - 179/90 - 100 мм. рт. ст.; помірна стадія – 180 - 199/105 - 114 мм. рт. ст.; тяжка стадія – 200/115 мм. рт. ст. [30]. Небезпечність захворювання є в тому, що на початкових стадіях ГХ клінічні прояви не виражені. Хворий може довгий час не знати, про підвищення АТ. У ранньому періоді виникають скарги на невротичні порушення: загальна слабкість, зниження працездатності, неможливість зосередитися на роботі, безсоння, головні болі, тяжкість в голові, запаморочення, шум у вухах, інколи серцебиття. Пізніше виникає задуха при фізичному навантаженні. Головний біль частіше в потиличній області, частіше вранці або до кінця робочого дня. Як правило це біль пов'язаний зі змінами тонуусу артеріол та венул [8, 36]. Морфологічною основою ІХС більш ніж в 95-97% випадків є атеросклероз коронарних артерій, що веде до їх звуження і порушення коронарного кровотоку. До наслідків порушення серцевого метаболізму відноситься окислювальний стрес – поява великої кількості вільних окисних радикалів, що ініціюють каскад біохімічних процесів в міокарді, призводить до пошкодження судинного ендотелію, руйнування кардіоміоцитів та їх загибелі [10, 26, 29]. Одним з перспективних напрямків у цій сфері є зниження реперфузійних пошкоджень шляхом регулювання біодоступності оксиду азоту NO [26, 42].

ГЕРХ порівняно недавно виділена в окрему нозологічну форму [40, 47, 48, 49]. За даними багатьох авторів фактори ризику ГЕРХ аналогічні факторам ризику ГХ: надлишкова маса тіла, куріння тютюну, стрес. В останні роки поширеність цих нозологічних груп, в усьому світі неухильно зростає і все частіше й частіше реєструється їх поєднаний перебіг. Дану проблему ускладнює і те, що ряд медикаментозних засобів для лікування ГХ є факторами ризику розвитку ГЕРХ [14, 24].

Відповідно до сучасної класифікації ВООЗ, ГЕРХ – це хронічне рецидивуюче захворювання, обумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції органів гастроєзофагеальної зони і характеризується спонтанним або регулярно повторюваним закиданням у стравохід шлункового або шлунково-кишкового вмісту, що призводить до пошкодження дистального відділу стравоходу з розвитком в ньому ерозивно-виразкових, катаральних і/або функціональних порушень, яке проявляється симптомами, що турбують хворого, та/або розвитком ускладнень [3].

Фізіологічний гастроєзофагеальний рефлюкс (ГЕР) звичайно виникає після прийому їжі, характеризується відсутністю клінічних симптомів, незначною тривалістю епізодів ГЕР (менше 20

с), епізодами рефлюксів під час сну. Фізіологічний ГЕР може зустрічатися у здорових людей у віці і протікати безсимптомно. Крім фізіологічного ГЕР, при тривалій експозиції кислого шлункового вмісту в стравоході, може виникати патологічний ГЕР, який спостерігається при ГЕРХ [20].

Епідеміологічні дослідження свідчать, що поширеність ГЕРХ в країнах Західної Європи, Північної і Південної Америки становить 10-20%, в Москві досягає 23,6%, в містах Росії (дослідження МЕГРЕ) – 13,3% [24]. У країнах Східної Європи цей показник досягає 40-60%, причому у 45-80% пацієнтів з ГЕРХ виявляється езофагіт. Поширеність ГЕРХ серед дорослого населення розвинених країн світу досягає 20-40%. Однак низька звертальність пацієнтів до лікарів при легких формах хвороби, різноманітність клінічних проявів ГЕРХ, що приховується нерідко під маскою інших захворювань, відсутність широкомасштабних доказових епідеміологічних досліджень призводить до заниження істинного рівня захворюваності на ГЕРХ [14].

До цих пір немає загальноприйнятої тактики антигіпертензивної терапії для корекції АТ у хворих з поєднанням АГ і ГЕРХ, хоча відомо, що багато антигіпертензивних препаратів мають негативний вплив на стан нижнього стравохідного сфінктера. В зв'язку з цим виникла необхідність пошуку безпечної і ефективної медикаментозної терапії для хворих АГ асоційованої з ГЕРХ [18, 27, 34].

Концепція серцево-судинного ризику заснована на уявленні про існування взаємної інтерференції між метаболічними і кардіоваскулярними факторами, що модулюють величину сумарного або глобального ризику виникнення коронарних подій, переважно реалізують свій вплив за допомогою так званої адипоцитарної дисфункції. Таким чином, систему адипоцитокінів вже не розглядають як приватний компонент в багатофункціональних зв'язках, що реалізуються при різних метаболічних порушеннях, вона є ініціальним механізмом, який привносить основний внесок в маніфестацію серцево-судинних подій, причому в деяких аспектах є генетично детермінованим.

Серед великої кількості цитокінів, які синтезуються активованими Т-клітинами, макрофагами і В-клітинами, ключова роль у розвитку аутоімунного запалення і серцево-судинних катастроф належить інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) [1, 19, 28, 32, 35, 37]. Одним з найбільш важливих системних прозапальних ефектів ІЛ-6 є індукція гострофазової запальної відповіді, яка асоціюється з гіперекспресією гена ІЛ-6 у печінці і проявляється збільшенням синтезу гострофазових білків (С-реактивного білка, сироваткового амілоїдного білка А, фібриногену, α_1 - антитрипсину і гаптоглобіну) і порушенням метаболізму ліпідів і ліпопротеїдів крові – незалежних предикторів серцево-судинних ускладнень в загальній популяції. ІЛ-6 – мультифункціональний, плейотропний

прозапальний цитокін з молекулярною масою 26 кДа, синтезується різними типами лімфоїдних і нелімфоїдних клітин, включаючи Т- і В-лімфоцитами, фібробластами, ендотеліальними клітинами, макрофагами/моноцитами. ІЛ-6, так само як і інтерлейкіну-1 (ІЛ-1), ініціює синтез білків гострої фази. Підвищення рівнів ІЛ-1 та ІЛ-6 асоціюється з повторними коронарними подіями у хворих на ІХС [4, 39]. Велика кількість досліджень свідчить про часте поєднання ГХ з розвитком хронічного запалення та запалення безпосередньо судинної стінки, а у пацієнтів з АГ підвищенням рівня ІЛ-6, як в плазмі, так і в тканинах [12, 45, 51].

За більш ніж сорокарічний період в світі зареєстровано 296 аварійних радіаційних ситуацій. Серед великих аварій і катастроф, що супроводжуються опроміненням людей і викидом радіоактивних речовин у навколишнє середовище з забрудненням значних територій, катастрофа на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС) займає особливе місце, зважаючи на свою масштабність, кількість жертв, страждань і захворювань [41]. Достатньо сказати, що приймали безпосередню участь в ліквідації наслідків аварії більше 500 000 людей. Проблема медичних наслідків ЧАЕС, прогностичні оцінки впливу їх на стан здоров'я людей з плином часу все більше привертає увагу, як фахівців, так і громадськості. Ця проблема набула міжнародного характеру. На жаль, недостатньо об'єктивний і науковий підхід до вивчення медичних наслідків катастрофи призвів до ряду публікацій, з одного боку, які заперечують або зменшують вплив наслідків аварії на стан здоров'я постраждалих, з іншого боку, бездоказово перебільшують їх. Вплив іонізуючого випромінювання на ліквідаторів аварії на ЧАЕС поєднувався з великим психоемоційним перенапруженням, і ймовірність захворювання АГ була високою [2]. За даними деяких авторів, вона становить від 44,4 до 61,4 %, що в 1,5-2,2 рази перевищує відповідний показник контрольної групи осіб тієї ж вікової категорії (ВОЗ. Медичні наслідки, 1996; Шамарин В.М. із співавт., 1996; Туків А.Р. з співавт., 1998; Кательницька Л.І. з співавт., 2000).

Екологічна катастрофа на ЧАЕС сприяла зростанню захворюваності АГ з розвитком нових ускладнень при різноманітні клінічних проявів захворювання. Особливостями клінічного перебігу у ліквідаторів аварії на ЧАЕС є тісна спряженість клініки АГ з цереброваскулярною патологією, супутніми розладами вегетативної нервової системи та ряду інших життєво важливих систем. Серед ліквідаторів відзначається висока частота ускладнень АГ -дисциркуляторної енцефалопатією, гострим порушенням мозкового кровообігу, інфарктом міокарда [38]. Про широку поширеність серед ліквідаторів цереброваскулярних порушень з різним ступенем вираженості дисциркуляції повідомляє ряд авторів [13]. До числа ускладнень відносяться, мабуть, і спостережані у ліквідаторів ознаки судинної патології оч-

ного дна (ангіопатія сітківки склеротичного або гіпертонічного типу, звуження і склерозування артерій, макулодистрофії), характерні для старших вікових груп (Руднева Т.І., 1997). Так, Покришка Л.А. та співавтори при вивченні структури захворюваності ліквідаторів аварії на ЧАЕС в умовах спеціалізованого терапевтичного стаціонару встановили, що АГ є поширеним захворюванням, яке характеризується виникненням яскравою клініки після 40 років зі схильністю до швидкого прогресування. Сукупність соматичної патології, на тлі якої розвивається АГ, сприяє ранньому пошкодженню органів-мішеней і характеризується злоякісним перебігом [2].

Показник інвалідності серед ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС у цілому в 3-3,5 рази перевищує аналогічний контрольний показник, при цьому частка судинних розладів становить у структурі первинної інвалідності 91 %. Основними причинами інвалідності є дисциркуляторна енцефалопатія, АГ та ІХС (Шантиря І.І. з співавт., 1995; Циб А.Ф., 1998; Іванов В.К. з співавт., 1999). Смертність від хвороб кровообігу займає у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС друге місце після смерті від травм і отруєнь. У структурі смертності від серцево-судинних захворювань гостре порушення мозкового кровообігу становить 29,1 %, гострий інфаркт міокарда - 16,7 % (Лушніков Е.Ф., Ланцов С.І., 1999).

Крім прямої пошкоджуючої дії, іонізуюче випромінювання надає опосередкований вплив на здоров'я опромінених. Протягом післяаварійного періоду серед населення постраждалих територій реєструвалось широке поширення психоемоційного стресу. Стресові стани сприяють формуванню і закріпленню таких факторів ризику серцево-судинних захворювань, як куріння і зловживання алкоголем. Синергічний вплив малих доз радіації та психологічного стресу сформувало порочні патогенетичні кола психологічного, вегетативного та метаболічного рівнів, які створили об'єктивну основу розвитку і прогресивного прояву захворювань серцево-судинної патології у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (Г.В. Талалаева, 1999). Роль малих доз іонізуючого випромінювання та пролонгованого психоемоційного стресу в зміні стану здоров'я ліквідаторів є одним зі спірних і до цих пір дискутованих в науковій літературі питань.

Таким чином, все перераховане вказує на актуальність представленої проблеми, і необхідність проведення подальшого дослідження поширеності захворювання ГЕРХ асоційованої з ГХ у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС, медико-статистичного вивчення способу та якості життя хворих з метою виявлення факторів, що впливають на формування та перебіг захворювання, а також розробки рекомендацій щодо оптимізації спостереження та лікування даного контингенту.

Література

1. Андрюхин А.Н. Системное воспаление при сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией / А.Н. Андрюхин, Е.В. Фролова // Урал. мед. журн. – 2010. – №7. – С. 27–33.
2. Артериальная гипертензия у ликвидаторов аварии на ЧАЭС: данные терапевтического стационара / Л.А. Покрышка, И.В. Романенко, Е.А. Свердлова [и др.] // Украинский медицинский альманах. – 2007. – Т.10, №1. – С. 128–129.
3. Бабак М.О. Гендерні особливості поширеності гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби / М.О. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – №. 3(59). – С. 11–16.
4. Бабак О.Я. Рівні апеліну у хворих на гіпертонічну хворобу у поданні з ожирінням і його зміни під впливом антигіпертензивних препаратів / О.Я. Бабак, К.І. Терешкін, В.В. Школьник // Одеський медичний журнал. – 2013. – №5(139). – С. 36–38.
5. Батько А.Б. Артериальная гипертензия и мочекаменная болезнь: патогенетические параллели / А.Б. Батько // Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. – 2013. – №1. – С. 44–48.
6. Белоусов Ю.В. Коморбидность при заболеваниях пищеварительной системы / Ю.В. Белоусов // Здоровье ребенка. – 2012. – №1(36). – С. 134–136.
7. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Ф.И. Белялов. – РИО ИГМАПО, Иркутск, –283 с.
8. Бубнова В.С. Гипертензивная болезнь в молодом возрасте: особенности диагностики и лечения / В.С. Бубнова, Е.В. Лебедев, И.И. Шапошник // Артериальная гипертензия. – 2007. – Т.13, №2. – С. 128–130.
9. Бугаенко В.В. Коморбидные состояния в практике кардиолога / В.В. Бугаенко // Региональная фармакотерапия. – 2012. – №3. – С. 63–69.
10. Васюк Ю.А. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник // Псих. расстройства в общей медицине. – 2007. – Т.2, №1. – С. 45–48.
11. Волошин О.І. Вікові та статеві аспекти коморбідної та супутньої патології у хворих на подару (ретроспективне дослідження) / О.І. Волошин, О.І. Доголіч, Л.О. Волошина [та ін.] // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Т.16, №2(62). – С. 20–23.
12. Чукаева И.И. Воспалительные реакции у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующим ожирением и сахарным диабетом 2-го типа / И.И. Чукаева, Н.В. Орлова, В.А. Алешкин [и др.] // Клиническая медицина. – 2008. – №1. – С. 27–30.
13. Гайнуллин Р.В. Некоторые проблемы социально-психологической реабилитации ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Р.В. Гайнуллин, Р.Б. Загиртдинов // Международная научно-практическая конференция: «20 лет Чернобыльской катастрофы: экологические и социальные уроки», – М., 2006. – С. 251–34.
14. Григорьев П.Я. Клиническая гастроэнтерология / П.Я. Григорьев – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – 768 с.
15. Гуменюк А.Ф. Аспекти раціонального лікування серцево-судинних хворих з поліморбідними ураженнями / А.Ф. Гуменюк // Український медичний часопис. – 2009. – №5(73). – С. 25–32.
16. Дзяк Г.В. Стратификация риска пациентов с хронической сердечной недостаточностью: вопросы коморбидности / Г.В. Дзяк, А.А. Ханюков // Медицинская газета «Здоровья України XXI сторіччя». – 2010. – №3. – С. 22–23.
17. Журавлева Л.В. Лечение артериальной гипертензии у пациентов высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска с коморбидной патологией / Л.В. Журавлева, Н.А. Лопина // Украинский медицинский часопис. – 2011. – №6(86). – С. 24–31.
18. Заздравнов А.А. Гістоморфологічна характеристика уражень стравоходу у хворих на ревматоїдний артрит, ускладнений гастроэзофагеальним рефлюксом / А.А. Заздравнов // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – №3(59). – С. 22–25.
19. Палеев Ф.Н. Изменение интерлейкина-6 при различных формах ишемической болезни сердца / Ф.Н. Палеев, И.С. Абудеева, О.В. Москалец [и др.] // Кардиология. – 2010. – №2. – С. 14–17.
20. Исаков В.А. Эпидемиология ГЭРБ: восток и запад / В.А. Исаков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – №5. – С. 2–6.
21. Каменер В.М. Клинические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с хроническим obstructивным заболеванием легких / В.М. Каменер // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – №1(51). – С. 39–45.
22. Картель М.М. Эссенциальная артериальная гипертензия и полиморбидность в постчернобыльский период / М.М. Картель, К.Н. Адерихо, А.К. Адерихо // Белорусский медицинский журнал. – 2004. – №3. – С. 49–51.
23. Кукушка Е.В. Коморбидность и артериальная гипертензия / Е.В. Кукушка, Т.С. Бутова, К.И. Терешкин // Коморбідні стани в клініці внутрішніх хвороб: матеріали науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, Харків, 25 жовтня 2012 р. – ХНМУ. – Х., 2012. – С. 23–24.
24. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность / Л.Б. Лазебник // Новости медицины и фармации. – 2007. – №1. – С. 10–11.
25. Махов В.М. Коморбидность синдрома раздраженного кишечника и хронического энтерита. Клиническое наблюдение / В.М. Махов, А.А. Соколова // Русский медицинский журнал. – 2009. – №2. – С. 84–86.
26. Міщенко Л.А. Роль нетрадиційних чинників серцево-судинного ризику в патогенезі гіпертонічної хвороби / Л.А. Міщенко // Український кардіологічний журнал. – 2012. – №3. – С. 15–21.
27. Мосийчук Л.Н. Оптимизация лечения кислотозависимых заболеваний пищеварительной системы / Л.Н. Мосийчук, И.В. Куширенко // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – №1(51). – С. 78–80.
28. Неспецифическое воспаление и структурные изменения артерий у мужчин с гипертонической болезнью среднего и высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений / В.А. Дмитриев, Е.В. Ощепкова, В.Н. Титов [и др.] // Терапевтический архив. – 2012. – №9. – С. 53–57.
29. Оганов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Оганов // Кардиология. – 2011. – №2. – С. 59–66.
30. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 1. Диагностика болезней органов пищеварения — М.: Мед. лит., 2000. — 560 с.
31. Островський М.М. До питання поліморбідності та коморбідності у хворих на ХОХЛ / М.М. Островський, П.Р. Герич // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – №4. – С. 19–24.
32. Попкова Т.В. Интерлейкин-6 и сердечно-сосудистая патология при ревматоидном артрите / Т.В. Попкова, Д.С. Новикова, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2011. – №4. – С. 64–72.
33. Хлынова О.В. Проблема коморбидности артериальной гипертонии и кислотозависимых заболеваний / О.В. Хлынова, А.В. Туев, Л.Н. Береснева [и др.] // Терапевтический архив. – 2013. – №5. – С. 101–106.
34. Хлынова О.В. Проблема коморбидности с учётом состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов с артериальной гипертензией и кислотозависимыми заболеваниями / О.В. Хлынова, А.В. Туев, Л.Н. Береснева // Казанский медицинский журнал. – 2013. – №1. – С. 80–85.
35. Рябичева Т.Г. Сравнение наборов реагентов для определения интерлейкина-1 бета и интерлейкина-6 двух различных производителей / Т.Г. Рябичева, Н.А. Вараксин, Н.В. Тимофеева // Цитокины и воспаление. – 2007. – №2. – С. 14–18.
36. Сіренко Ю.М. Гіпертонічна хвороба і артеріальні гіпертензії: Монографія / Ю.М. Сіренко. – Донецьк : Видавець Заславський О.Ю., 2011. – 304 с.
37. Талаева Т.В. Системный характер нарушений метаболизма, активности воспаления, оксидантного стресса и атерогенности плазмы у больных с ишемической болезнью сердца / Т.В. Талаева, В.В. Братусь, В.В. Амброскина [и др.] // Укр. кардиол. журн. – 2007. – №12. – С. 8–19.
38. Телкова И.Л. Особенности патологии сердечно-сосудистой системы у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС по данным кардиологического стационара / И.Л. Телкова, М.А. Внушинская, Л.В. Капилевич // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – №5. – С. 180–186.
39. Терещенко С.Н. Апельин – новый белок-регулятор в сердечно-сосудистой системе. Обзор / С.Н. Терещенко, В.П. Масенко, О.В. Черкавская // Терапевтический архив. – 2009. – Т.81, №9. – С. 68–72.
40. Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эволюция наших представлений / Г.Д. Фадеенко // Сучасна гастроентерологія. – 2001. – №4. – С. 16–20.
41. Холодова Н.Б. Последствия Чернобыльской катастрофы на состоянии здоровья участников ликвидации последствий аварии / Н.Б. Холодова // Международная научно-практическая конференция: «20 лет Чернобыльской катастрофы: экологические и социальные уроки», – 2006. Москва. – С. 32–34.
42. Шишкин А.Н. Эндотелиальная дисфункция и артериальная гипертензия / А.Н. Шишкин, М.Л. Линдина // Артериальная гипертензия. – 2008. – Т.14, №4. – С. 315–319.
43. A. Marengoni Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature / A. Marengoni, S. Angleman, R. Melis [et al.] // Ageing Res. Rev. – 2011. – Vol.10(4). – P. 430–439.
44. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid. Based Med. – 2010. – №15(6). – С. 165–166.
45. Volpato S. Cardiovascular disease, interleukin-6, and risk of mortality in older women: the women's health and aging study / S. Volpato, J.M. Guralnik, L.Ferrucci [et al.] // Circulation. – 2001. – Vol.103(7). – P. 947–53.
46. Caughey G.E. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / G.E. Caughey, E.N. Ramsay, A.I. Vitry [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 2010. – №64(12). – P. 1036–1042.
47. El-Serag H. The association between obesity and GERD: a review of the epidemiological evidence / H. El-Serag // Dig. Dis. Sci. – 2008. – №53(9). – P. 2307–2312.

48. Dent J. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: A systematic review / J. Dent, H.B. El-Serag, M.A. Wallander [et al.] // *Gut*. – 2005. – Vol.54. – P. 710–717.

49. Luedtke P. Diagnosis of Benign Esophageal Strictures: A Pattern Approach / P. Luedtke, S. Levine Marc, E. Rubesin Stephen // *Radiologic. RadioGraphics*. – 2003. – Vol.23. – P. 897–909.

50. Mercer S.W. Improving the health of people with multimorbidity: the need for prospective cohort studies / S.W. Mercer, J. Gunn, S. Wyke // *J. Comorbidity*. – 2011. – Vol.1. – P. 4–7.

51. Wang T.J. Multiple biomarkers and the risk of incident hypertension / T.J. Wang, P. Gona, M.G. Larson [et al.] // *Hypertension*. – 2007. – №49(3). – P. 432–438.

References

1. Andriuhin A.N. Sistemnoe vospalenie pri serdechnoj nedostatochnosti s sohranenoj sistolicheskoj funkciej / A.N. Andriuhin, E.V. Frolova // *Ural. med. zhurn.* – 2010. – №7. – S. 27–33.

2. Arterial'naja gipertenzija u likvidatorov avarii na ChAJeS: dannje terapevticheskogo stacionara / L.A. Pokryshka, I.V. Romanenko, E.A. Sverdlova [i dr.] // *Ukrains'kij medicnij al'manah*. – 2007. – T.10, №1. – S. 128–129.

3. Babak M.O. Genderni osoblivosti poshirenosti gastroezofageal'noi refljusknoji hvorobi / M.O. Babak // *Suchasna gastroenterologija*. – 2011. – №. 3(59). – S. 11–16.

4. Babak O.Ja. Rivni apelinu u hvorih na gipertonichnu hvorobu u poednanni z ozhirinnjam i jogo zmini pid vplivom antigipertenzivnih preparativ / O.Ja. Babak, K.I. Tereshkin, V.V. Shkol'nik // *Odes'kij medicnij zhurnal*. – 2013. – №5(139). – S. 36–38.

5. Bat'ko A.B. Arterial'naja gipertenzija i močekamennaja bolezni: patogeneticheskie paralleli / A.B. Bat'ko // *Vserossijskij mezhdisciplinarnyj medicinskij zhurnal*. – 2013. – №1. – S. 44–48.

6. Belousov Ju.V. Komorbidnost' pri zabojevanijah pishhevaritel'noj sistemy / Ju.V. Belousov // *Zdorov'e rebenka*. – 2012. – №1(36). – S. 134–136.

7. Beljalov F.I. Lečenje vnutrennih boleznej v uslovijah komorbidnosti / F.I. Beljalov. – RIO IGMAPO, Irkutsk, – 283 s.

8. Bubnova V.S. Gipertonicheskaia bolezni v molodom vozraste: osobennosti diagnostiki i lečeniia / V.S. Bubnova, E.V. Lebedev, I.I. Shaposhnik // *Arterial'naja gipertenzija*. – 2007. – T.13, №2. – S. 128–130.

9. Bugaenko V.V. Komorbidnye sostojanija v praktike kardiologa / V.V. Bugaenko // *Racional'naja farmakoterapija*. – 2012. – №3. – S. 63–69.

10. Vasjuk Ju.A. Osobennosti patogeneticheskoj vzaimosvjazi depressii i serdečno-sosudistyh zabojevanij / Ju.A. Vasjuk, T.V. Dovzhenko, E.L. Shkol'nik // *Psih. rasstrojstva v obshhej medicine*. – 2007. – T.2, №1. – S. 45–48.

11. Voloshin O.I. Vikovi ta statevi aspekti komorbidnoi ta suputnoi patologii u hvorih na podagru (retrospektivne doslidzhennja) / O.I. Voloshin, O.I. Dogolich, L.O. Voloshina [ta in.] // *Bukovinskij medicnij visnik*. – 2012. – T.16, №2(62). – S. 20–23.

12. Chukaeva I.I. Vospalitel'nye reakcii u bol'nyh ishemicheskoi bolezniju serdca s soputstvujushhim ozhireniem i saharnym diabetom 2-go tipa / I.I. Chukaeva, N.V. Orlova, V.A. Aleshkin [i dr.] // *Klinicheskaja medicina*. – 2008. – №1. – S. 27–30.

13. Gajnullin R.V. Nekotorye problemy social'no-psihologicheskoi reabilitacii likvidatorov avarii na ChAJeS / R.V. Gajnullin, R.B. Zagyrtidinov // *Mezhdunarodnaja nauchno-prakticheskaja konferencija: «20 let Chernobyl'skoj katastrofy: jekologicheskie i social'nye uroki»*. – M., 2006. – S. 251–34.

14. Grigor'ev P.Ja. Klinicheskaja gastroenterologija / P.Ja. Grigor'ev - M.: Med. inform. agentstvo, 2004. – 768 s.

15. Gumenjuk A.F. Aspekti racional'nogo likuvannja sercevo-sudinnih hvorih z polimorbidnimi urazhennjami / A.F. Gumenjuk // *Ukrains'kij medicnij chasopis*. – 2009. – №5(73). – S. 25–32.

16. Dzbek G.V. Stratifikacija riska pacientov s hronicheskoi serdečnoj nedostatochnost'ju: voprosy komorbidnosti / G.V. Dzbek, A.A. Hanjukov // *Medichna gazeta «Zdorov'ja Ukraïni XXI storichchja»*. – 2010. – №3. – S. 22–23.

17. Zhuravleva L.V. Lečenje arterial'noj gipertenzii u pacientov vysokogo i očen' vysokogo kardiovaskuljarnogo riska s komorbidnoj patologiej / L.V. Zhuravleva, N.A. Lopina // *Ukrains'kij medicnij chasopis*. – 2011. – №6(86). – S. 24–31.

18. Zazdravnov A.A. Gistomorfologichna karakteristika urazhen' stravoehodu u hvorih na revmatoidnij artrit, uskladnenij gastroezofageal'nim refljuskom / A.A. Zazdravnov // *Suchasna gastroenterologija*. – 2011. – №3(59). – S. 22–25.

19. Paleev F.N. Izmenenie interlejkina-6 pri razlichnyh formah ishemicheskoi bolezni serdca / F.N. Paleev, I.S. Abudeeva, O.V. Moskalec [i dr.] // *Kardiologija*. – 2010. – №2. – S. 14–17.

20. Isakov V.A. Jepidemiologija GJeRB: vostok i zapad / V.A. Isakov // *Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastroenterologija*. – 2004. – №5. – C. 2–6.

21. Kamenir V.M. Klinicheskie osobennosti gastroezofageal'noj refljusknoj bolezni v sochetanii s hronicheskim obstruktivnym zabojevaniem legkih / V.M. Kamenir // *Suchasna gastroenterologija*. – 2010. – №1(51). – S. 39–45.

22. Kartel' M.M. Jessencial'naja arterial'naja gipertenzija i polimorbidnost' v postchernobyl'skij period / M.M. Kartel', K.N. Aderiho, A.K. Aderiho // *Belorusskij medicinskij zhurnal*. – 2004. – №3. – S. 49–51.

23. Kukushka E.V. Komorbidnost' i arterial'naja gipertenzija / E.V. Kukushka, T.S. Butova, K.I. Tereshkin // *Komorbidni stani v klinici vnutrishnih hvorob: material naukovopraktichnoi konferencii studentiv ta molodih vchenih, Harkiv, 25 zhovtnja 2012 r.* - HNMU. – H., 2012. – S. 23–24.

24. Lazebnik L.B. Starenie i polimorbidnost' / L.B. Lazebnik // *Novosti mediciny i farmacii*. – 2007. – №1. – S. 10–11.

25. Mahov V.M. Komorbidnost' sindroma razdrachennogo kishechnika i hronicheskogo jenterita. Klinicheskoe nabljudenie / V.M. Mahov, A.A. Sokolova // *Russkij medicinskij zhurnal*. – 2009. – №2. – S. 84–86.

26. Mishhenko L.A. Rol' netradicijnih chinnikov sercevo-sudinnogo riziku v patogenezi gipertonichnoi hvorobi / L.A. Mishhenko // *Ukrains'kij kardiologichnij zhurnal*. – 2012. – №3. – S. 15–21.

27. Mosijchuk L.N. Optimizacija lečeniia kislotozavisimyh zabojevanij pishhevaritel'noj sistemy / L.N. Mosijchuk, I.V. Kushnirenko // *Suchasna gastroenterologija*. – 2010. – №1(51). – S. 78–80.

28. Nespecificeskoe vospalenie i strukturnye izmeneniia arterij u muzhchin s gipertonicheskoi bolezniju srednego i vysokogo riska razvitija serdečno-sosudistyh oslozhenenij / V.A. Dmitriev, E.V. Oshhepkova, V.N. Titov [i dr.] // *Terapevticheskij arhiv*. – 2012. – №9. – S. 53–57.

29. Oganov R.G. Depressivnaja simptomatika uhadshaet prognoz serdečno-sosudistyh zabojevanij i snizhaet prodolzhitel'nost' zhizni bol'nyh arterial'noj gipertenziej i ishemicheskoi bolezniju serdca / R.G. Oganov // *Kardiologija*. – 2011. – №2. – S. 59–66.

30. Okorokov A.N. Diagnostika boleznej vnutrennih organov: T. 1. Diagnostika boleznej organov pishhevareniia — M.: Med. lit., 2000. — 560 s.

31. Ostrovskij M.M. Do pitannja polimorbidnosti ta komorbidnosti u hvorih na HOHL / M.M. Ostrovskij, P.R. Gerich // *Ukrains'kij pul'monologichnij zhurnal*. – 2011. – №4. – S. 19–24.

32. Popkova T.V. Interlejkina-6 i serdečno-sosudistaja patologija pri revmatoidnom artrite / T.V. Popkova, D.S. Novikova, E.L. Nasonov // *Nauchno-prakticheskaja revmatologija*. – 2011. – №4. – S. 64–72.

33. Hlynova O.V. Problema komorbidnosti arterial'noj gipertonii i kislotozavisimyh zabojevanij / O.V. Hlynova, A.V. Tuev, L.N. Beresneva [i dr.] // *Terapevticheskij arhiv*. – 2013. – №5. – S. 101–106.

34. Hlynova O.V. Problema komorbidnosti s uchjotom sostojanija serdečno-sosudistoj sistemy u pacientov s arterial'noj gipertenziej i kislotozavisimymi zabojevanijami / O.V. Hlynova, A.V. Tuev, L.N. Beresneva // *Kazanskij medicinskij zhurnal*. – 2013. – №1. – S. 80–85.

35. Rjabicheva T.G. Cravnenie naborov reagentov dlja opredelenija interlejkina-1 beta i interlejkina-6 dvuh razlichnyh proizvoditelej / T.G. Rjabicheva, N.A. Varaksin, N.V. Timofeeva // *Citokiny i vospalenie*. – 2007. – №2. – S. 14–18.

36. Sirenko Ju.M. Gipertonichna hvoroba i arterial'ni gipertenzii: Monografija / Ju.M. Sirenko. – Donec'k : Vidavec' Zaslavskij O.Ju., 2011. – 304 s.

37. Talaeva T.V. Sistemnyj karakter narushenij metabolizma, aktivnosti vospaleniia, oksidantnogo stressa i aterogenosti plazmy u bol'nyh s ishemicheskoi bolezniju serdca / T.V. Talaeva, V.V. Bratus', V.V. Ambroskina [i dr.] // *Ukr. kardiolog. zhurn.* – 2007. – №12. – S. 8–19.

38. Telkova I.L. Osobennosti patologii serdečno-sosudistoj sistemy u likvidatorov posledstvuj avarii na Chernobyl'skoj AJeS po dannym kardiologicheskogo stacionara / I.L. Telkova, M.A. Vnushinskaja, L.V. Kapilevich // *Bjulleten' sibirskoj mediciny*. – 2010. – №5. – S. 180–186.

39. Tereshhenko S.N. Apelin – novyj belok-reguljator v serdečno-sosudistoj sisteme. Obzor / S.N. Tereshhenko, V.P. Masenko, O.V. Cherkavskaja // *Terapevticheskij arhiv*. – 2009. – T.81, №9. – S. 68–72.

40. Fadeenko G.D. Gastroezofageal'naja refljusknaja bolezni: jevoljucija nashih predstavlenij / G.D. Fadeenko // *Suchasna gastroenterologija*. – 2001. – №4. – C. 16–20.

41. Holodova N.B. Posledstvija Chernobyl'skoj katastrofy na sostojanie zdorov'ja uchastnikov likvidacii posledstvuj avarii / N.B. Holodova // *Mezhdunarodnaja nauchno-prakticheskaja konferencija: «20 let Chernobyl'skoj katastrofy: jekologicheskie i social'nye uroki»*. – 2006, Moskva. – S. 32–34.

42. Shishkin A.N. Jendotelial'naja disfunkcija i arterial'naja gipertenzija / A.N. Shishkin, M.L. Lyndina // *Arterial'naja gipertenzija*. – 2008. – T.14, №4. – S. 315–319.

43. A. Marengoni Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature / A. Marengoni, S. Angleman, R. Melis [et al.] // *Ageing Res. Rev.* – 2011. – Vol.10(4). – P. 430–439.

44. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // *Evid. Based Med.* – 2010. – №15(6). – S. 165–166.

45. Volpato S. Cardiovascular disease, interleukin-6, and risk of mortality in older women: the women's health and aging study / S. Volpato, J.M. Guralnik, L.Ferrucci [et al.] // *Circulation*. – 2001. – Vol.103(7). – P. 947–53.

46. Caughey G.E. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / G.E. Caughey, E.N. Ramsay, A.I. Vitry [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 2010. – №64(12). – R. 1036–1042.
47. El-Serag H. The association between obesity and GERD: a review of the epidemiological evidence / H. El-Serag // Dig. Dis. Sci. – 2008. – №53(9). – R. 2307–2312.
48. Dent J. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: A systematic review / J. Dent, H.B. El-Serag, M.A. Wallander [et al.] // Gut. – 2005. – Vol.54. – P. 710–717.
49. Luedtke P. Diagnosis of Benign Esophageal Strictures: A Pattern Approach / P. Luedtke, S. Levine Marc, E. Rubesin Stephen // Radiologic. RadioGraphics. – 2003. – Vol.23. – P. 897–909.
50. Mercer S.W. Improving the health of people with multimorbidity: the need for prospective cohort studies / S.W. Mercer, J. Gunn, S. Wyke // J. Comorbidity.–2011. – Vol.1. – P. 4–7.
51. Wang T.J. Multiple biomarkers and the risk of incident hypertension / T.J. Wang, P. Gona, M.G. Larson [et al.] // Hypertension. – 2007. – №49(3). – R. 432–438.

Реферат

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Опарин О. А., Синельник В.П.

Ключевые слова: коморбидность, полиморбидность, гипертоническая болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС.

Особенностью развития современной клинической медицины является то, что заболевания теряют свой мононозологический характер и приобретают статус коморбидности. Термин «коморбидность» используют для определения одновременного поражения двух органов или систем организма, при наличии двух заболеваний; при наличии трех и более заболеваний применяется термин «мультиморбидность». При этом вопрос об особенностях сочетанного течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и гипертонической болезни, как наиболее распространенного заболевания сердечно-сосудистой системы, остается неизученным. Эта проблема является актуальной для ликвидаторов аварии на ЧАЭС. Характерностью клинического течения у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС является тесная связь клиники гипертонической болезни с цереброваскулярной патологией, сопутствующими расстройствами вегетативной нервной системы и ряда других жизненно важных систем. Таким образом, это свидетельствует об актуальности представленной проблемы и дальнейшей необходимости проведения исследования распространенности заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с гипертонической болезнью у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, медико-статистического изучения образа и качества жизни больных с целью выявления факторов, влияющих на формирование и течение заболевания, а также разработки рекомендаций по оптимизации наблюдения и лечения данного контингента.

Summary

ISSUES ON COMORBIDITY IN CLINICAL PRACTICE

Oparin O.A., Synelnyk V.P.

Key words: comorbidity, polymorbidity, essential hypertension, gastroesophageal reflux disease, Chernobyl nuclear power accident liquidators.

The key feature of the current clinical medicine is the fact that the diseases lose their mono-nosological character and develop the status of comorbidity. The term "comorbidity" is used to describe the simultaneous affection of two bodily organs or systems, or the presence of two diseases; the presence of three or more diseases is called as multi-morbidity. The issue on comorbid course of gastroesophageal reflux disease and hypertension as the most prevalent disease of the cardiovascular system is still little studied. The problem is especially urgent for Chernobyl nuclear power accident. Specificity of clinical course in these persons consists in close relationship between hypertension course and cerebro-vascular pathology, concomitant disorders of the autonomic nervous system and a number of other vital systems dysfunction. Thus, it proves the relevance of the present problems and the necessity to conduct research on the prevalence of the gastroesophageal reflux disease associated with hypertension in CNPA liquidators, to study medical and statistical the quality of patient's life in order to identify the factors influencing the occurrence and the course of the disease, and to develop recommendations for optimizing the surveillance and treatment of this contingent.