

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СОЧЕТАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

К.И. Григорьев, докт. мед. наук, проф.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
Российская Федерация, 119997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

E-mail: k-i-grigoryev@yandex.ru

Представлены сведения о необходимости проведения ухода, а также эффективного и безопасного лечения детей с сочетанной патологией.

Ключевые слова: коморбидность, коморбидные состояния, коморбидность в педиатрии.

Для цитирования: Григорьев К.И. Ведение детей в условиях сочетания патологических состояний. Медицинская сестра. 2019; 21 (8): 20–25, 28–30. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-08-05>



Проблема диагностики и лечения заболеваний внутренних органов у детей с учетом коморбидных (с лат.«со» – вместе + morbus – болезнь) болезней и состояний весьма актуальна. На этот счет существуют международные рекомендации. Проведены крупные рандомизированные исследования лекарственных средств с учетом коморбидности наиболее распространенных заболеваний. Предложена классификация лекарственных препаратов в зависимости от их влияния на сопутствующие заболевания. В связи с этим нельзя не упомянуть монографию Ф.И. Белялова [2016], посвященную проблемам коморбидности у взрослых, в том числе пожилых. С 1998 г. вышло 10 ее изданий.

Следует учитывать явление коморбидности и у детей, на что мы хотим обратить внимание медсестер. Уход за детьми с сочетанной патологией и их эффективное и безопасное лечение должны осуществляться с учетом этого фактора.

Понятие «коморбидность» ввел в обиход выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог А.Р. Feinstein в 1970 г. Это явление он продемонстрировал на примере острой ревматиче-

ской лихорадки, обнаружив худший прогноз у больных, страдающих одновременно несколькими заболеваниями.

Вначале термин «коморбидность» применялся в психиатрии при депрессивных и тревожных расстройствах из-за постоянного их сочетания с соматическими заболеваниями, что значительно затрудняло диагностический процесс. Изучались такие случаи и у детей. Было показано, что «психическая коморбидность» – довольно распространенное явление. Вскоре коморбидность была выделена в качестве отдельного научно-исследовательского направления в разных разделах медицины (Верткин А.Л., 2015).

Отметим, что общепринятая терминология, описывающая коморбидность, отсутствует. Понятие «коморбидность» со временем преобразовалось в «полиморбидность», «мультиморбидность» (multimorbidity), «полипатию», «двойной диагноз», «соболезненность», «плюрипатологию», хотя суть оставалась прежней. Сосуществование болезней нередко в работах отечественных авторов описывается как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния. В зарубежной научной литературе, особенно гериатрической, чаще применяются термины «коморбидные заболевания» или «коморбидные состояния» (comorbid diseases & conditions).

Принципиальное уточнение термина принадлежит М. Van den Akker (1996), который определил коморбидность/мультиморбидность как сочетание у 1 больного ≥ 2 хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени вне зависимости от активности каждого из них. Мы считаем более точным несколько иное определение: коморбидность – наличие дополнительной по отношению к таковой при основном заболевании клинической картины.

Традиционно в отечественной педиатрии клинический диагноз включает в себя основное заболевание и его осложнения, а также сопутствующее заболевание. Основными могут быть несколько конкурирующих тяжелых заболеваний. Кон-

курующие заболевания – имеющиеся одновременно у больного нозологические формы, взаимонезависимые по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающие критериям основного заболевания. Это – не истинная коморбидность, а случайная, т.е. случайное сочетание любой болезни с основной.

Явление коморбидности наиболее точно объясняет теория оценки организма человека по типам конституции. Все в организме связано. Ни одна функция, ни один орган, ни одна система не работает изолированно. Их непрерывная совместная деятельность поддерживает гомеостаз, обеспечивая слаженность происходящих процессов, защищает организм. В реальной жизни этот идеальный с точки зрения природы механизм постоянно сталкивается со множеством патологических агентов, под действием которых отдельные его составляющие выходят из строя, провоцируя возможность развития заболевания. Однако, случись что, и адаптационные механизмы, определяемые типом конституции, запускают тысячи химических реакций и физиологических процессов, направленных на подавление, ограничение и полное устранение болезни, а также на предупреждение ее осложнений.

В педиатрии выделяют не тип конституции, а диатез, т.е. совокупность устойчивых морфологических, функциональных и реактивных свойств организма, определяющих характер адаптационных/защитных реакций на внешние воздействия и предрасположенность к определенным болезням. Диатез – не отдельная нозологическая форма и не клинический синдром, а совокупность клинических и параклинических признаков. Понятие «диатез» используют для проведения профилактики и своевременной диагностики заболеваний у детей раннего возраста.

Различают следующие виды диатеза: атопический (аллергический), аутоиммунный, лимфатический (лимфатико-гипопластический), нервно-артритический (дисметаболический), энергодефицитный, органотопический, нейротопический. Они имеют подварианты. Понятие «конституционный тип» активно используется в гомеопатии (это направление официальной медициной признается частично, там используются другие определения).

Роль типа конституции в коморбидности хорошо видна на примере реакций адаптации и дезадаптации, составляющих нередко не только фон, но и основу патологических, прежде всего – так называемых психосоматических состояний. У детей круг и выраженность факторов, требующих активной адаптации, нередко отражают очень тонкие возрастные анатомо-физиологиче-

ские особенности и возможности ребенка, т.е. они в большой степени возрастспецифичны. Напряженность процессов адаптации к новым факторам среды, их дозе или способу представления относится к норме развития и является одним из естественных механизмов его индукции или стимуляции. В некоторых случаях могут возникать конкурирующие отношения между адаптирующими дифференцировочными процессами и незавершенностью клеточного или цитоплазматического роста в структурах ткани или органа, что может быть причиной несовершенства или недостаточности функций этой системы или органа, ее низкой толерантности в последующие возрастные периоды. В итоге как следствие наблюдается альтерация развития (Воронцов И.М., 1999).

Типичный пример коморбидности у детей – синдром Дауна, который связан с патологией разных органов, причем их поражение проявляется не сразу и далеко не в первые дни жизни ребенка, что определяет необходимость дополнительного обследования и наблюдения специалистов разных профилей. Весьма характерны для детей с синдромом Дауна расстройства пищеварения. Манифестируют они срыгиванием, вздутием желудка, расстройствами или задержкой стула, что требует исключения вначале пороков развития (атрезия пищевода, трахеопищеводный свищ, пилоростеноз, атрезия двенадцатиперстной кишки, болезнь Гиршпрунга), а после введения прикорма – и целиакии (глютеновая энтеропатия). К распространенным проблемам относятся задержка прорезывания зубов и их отсутствие. Коморбидность при синдроме Дауна мы подробно описали в соответствующей статье (Григорьев К.И. и соавт., 2017).

Важные возрастные закономерности устанавливают при изучении дисфункции затылочной коры головного мозга у детей и подростков. Обращает на себя внимание то, что коморбидные состояния, встречающиеся при данной дисфункции и определяемые по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ), неспецифичны для этого отдела головного мозга (кроме нарушения зрительной функции). В основном они связаны с незрелостью мозга на фоне генетической предрасположенности, отягощенного перинатального анамнеза, а также негативного воздействия средовых факторов (черепно-мозговая травма, неадекватная нагрузка и т.п.). Незрелость затылочной коры головного мозга ведет к нарушению его формирования в целом. На практике это проявляется задержкой психического развития, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, когнитивными нарушениями, нарушением формирования зрительной функции, обмороками, цикли-

ческими вратами. По мере взросления отмечается тенденция к нормализации функционального состояния затылочной коры и изменению клинико-психологических проявлений. Сохраняется ассоциация патологических окципитальных ЭЭГ-изменений с задержкой психического развития, обмороками, но с возрастом выявляется прямая корреляционная связь с вегетативной дисфункцией, паническими атаками, патологией шейного отдела позвоночника, что необходимо учитывать при организации лечения (Щедеркина И.О., 2011).

На практике приветствуются «универсальные» подходы к лечению и уходу за больными. Разработаны и приняты на вооружение протоколы, наиболее эффективные с современной точки зрения в отношении конкретных, в том числе орфанных заболеваний. Они в большей мере опираются на современные данные об этиологии болезни и достижения клинической фармакотерапии. Их задача – защитить пациента от грубых ошибок, обеспечить защиту «от дурака».

Многие научные направления, включая генетику, этническую медицину, таргетную медицину, психосоматику, хрономедицину, стремятся, наоборот, выявить индивидуальные особенности пациента и благодаря этому повысить эффект лечения. Такой подход нередко называют персонализированной медициной. Конечно, на определенном этапе результаты и выводы научных исследований, основанные на усреднении данных больших групп пациентов, также подвергаются унификации. Один из вариантов персонализированной медицины – учет коморбидности, что является относительно новым словом в педиатрической практике. Не следует забывать и о гипердиагностике. Наличие у ребенка одновременно 3–5 заболеваний, часто – на границе с функциональной патологией, может являться следствием стресса, вегетативных расстройств, экологического неблагополучия, болезней центральных и эндокринных органов регуляции.

Поговорим о специфике современной амбулаторно-поликлинической помощи. Часто больные дети получают консультации и рекомендации от специалистов в области деятельности определенных органов и систем. В существующей практике детские гастроэнтерологи, аллергологи, нефрологи, урологи-андрологи, оториноларингологи; офтальмологи, хирурги и другие специалисты зачастую вносят в диагноз лишь «свое» заболевание, отдавая поиск сопутствующей патологии «на откуп» другим специалистам. Негласным правилом любого профильного отделения стала консультативная работа педиатра, взявшего на себя синдромальный анализ пациента, а также формирование диагностической и лечебной концепции, учитывающей потенци-

альные риски больного и отдаленный прогноз. В этих условиях требуются интегральная оценка состояния человека, создание целостной картины из имеющихся фрагментов, что требует высокой квалификации от специалистов первичного звена здравоохранения, врачей семейной медицины. Все это в последние годы мешает уделять необходимое внимание состояниям, при которых у 1 больного сочетаются ≥ 2 заболевания.

Вопросы коморбидности стали обсуждать на педиатрических форумах. Так, на XVI Российском конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» (2017) под председательством профессором И.Н. Захаровой и О.В. Зайцевой прошел симпозиум «Коморбидность в педиатрии – есть ли общее решение?». Рассматривались проблемы комплексной терапии врожденной цитомегаловирусной инфекции и инфекции мочевых путей в младенческом возрасте, обусловленных внутриутробной инфекцией, а также особенности течения вирусиндуцированной бронхиальной астмы (БА).

Вирусиндуцированная БА признана одним из наиболее распространенных фенотипов БА, при которых вирус выступает в роли триггера, запускающего реакцию обострения. Инфекционный процесс способен инициировать бронхоспазм, а возбудитель может стать важным патогенетическим звеном другого заболевания. Получается, что фенотип БА определяет персонализированный подход к выбору терапии и организации наблюдения. У детей с фенотипом вирусиндуцированной БА приступы болезни развиваются практически на фоне любой вирусной инфекции, но $>80\%$ обострений связаны с риновирусной инфекцией. В лечении данного коморбидного состояния весьма перспективно применение препаратов рекомбинантного интерферона (виферон).

Обозначим наиболее важные положения проблемы о коморбидности в педиатрии с краткими обоснованием и комментариями.

1. Коморбидные болезни встречаются часто, особенно у новорожденных и недоношенных детей.

Наличие детей с сочетанием нескольких заболеваний – далеко не редкость. Об этом свидетельствуют выписки из стационарных историй болезни и результаты консультативно-диагностического поиска при обращении (например, у детей с жалобами на абдоминальный болевой синдром). Сочетание болезней органов пищеварения у детей встречается чаще, чем у взрослых (исключение – пожилые пациенты). При хроническом гастродуодените у 45% детей одновременно диагностируется >3 сопутствующих заболеваний органов системы пищеварения. При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, как правило, выяв-

ляется поражение дистальных отделов кишечника (колит). Заболевания билиарного тракта, особенно в сочетании с аномалиями его развития, сопровождаются морфофункциональными изменениями поджелудочной железы, трактуемыми как диспанкреатизм, реактивный панкреатит. Патологические процессы в кишечнике также неизбежно оказывают влияние на состояние поджелудочной железы – формируется энтеропанкреатический синдром, что существенно влияет на течение заболевания. Изолированные поражения, например желудка, а тем более двенадцатиперстной кишки, у детей встречаются исключительно редко. Наличие синтропии обуславливает проблему первичности и вторичности поражения органов пищеварения (Запруднов А.М. и соавт., 2016). Наблюдается также наличие одновременно нескольких заболеваний органов малого таза (характерно сочетание поражения органов мочевой системы и толстой кишки), аллергических заболеваний, поражений ЛОР-органов, офтальмологической патологии и т.д.

У >80% детей с БА отмечается сопутствующая патология в виде заболеваний органов пищеварения, у >45% – другие аллергические заболевания (аллергический ринит, гастроинтестинальная аллергия) и у >20% – психологические и психосоматические проблемы.

У детей с очень низкой массой тела при рождении коморбидность (в соответствии с общепринятым определением понятия – число диагнозов, поставленных 1 пациенту, – 4,23) регистрируется практически во всех случаях (Давыдова О.В. и соавт., 2015). Число коморбидных заболеваний существенно снижается с возрастом. Но мультиморбидность вновь появляется у 10–15% подростков (возраст, не более 19 лет; van den Akker M. et al., 1996). Совершенствование лечения и возрастание частоты коморбидных состояний приводит к увеличению количества принимаемых лекарств в различных комбинациях.

2. Выделяют разные типы повышенной коморбидности:

- причинная коморбидность — общая причина вызывает обе или несколько болезней, что обычно обусловлено параллельным повреждением органов и систем, вызванных одним патологическим фактором;
- осложненная коморбидность — основное заболевание вызывает другое; под влиянием основного заболевания происходит в той или иной степени выраженное разрушение так называемых органов-мишеней; пример – инфаркт (или инсульт), развившийся на фоне гипертонического криза при артериальной гипертензии;

- кластерная коморбидность — состояния связаны, но характер отношений между ними нельзя определить однозначно.

Особо выделяют: ятрогенную коморбидность. Ее причина – негативное воздействие диагностики или терапии на больного. Например, остеопороз (хрупкость костей), развивающийся вследствие применения глюкокортикостероидов, при химиотерапии; лекарственный гепатит, возникший при активном лечении туберкулеза, и т.д. О случайной коморбидности мы уже упоминали – это заболевания, не связанные между собой.

Есть другая классификация, разработанная психиатрами, в которой выделена трансиндромальная, трансонологическая и хронологическая коморбидность. Первые 2 вида коморбидности представляют собой сосуществование у одного пациента 2 и(или) более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой, а при последнем виде они совпадают.

Универсальные неспецифические патофизиологические механизмы играют важную роль в развитии ко- и полиморбидности. Неслучайный характер связи заболеваний может быть обусловлен общими причинами их возникновения и патофизиологическими механизмами. Такие общеизвестные факторы риска, как артериальная гипертензия, дислипидемия, гипергликемия, сахарный диабет, являются общими для метаболического синдрома, ишемической болезни сердца, инсульта, перемежающейся хромоты, хронической болезни почек и др. Вирус гепатита С может вызвать гломерулонефрит, периферическую нейропатию, миокардит, тиреоидит и другие болезни. Примеры можно продолжить.

На сегодня нет удовлетворительной теоретической концепции, которая бы могла объяснить рост частоты сочетания разных заболеваний. Например, при нарушениях нутритивного статуса у детей дефицит массы тела сопровождается ростом индекса коморбидности на 15,3%, а ее избыток – на 32,5% (Гудков Р.А. и соавт., 2016).

3. Коморбидность проявляется соматическими и инфекционными заболеваниями.

Связь инфекционной патологии, прежде всего – оппортунистических и вирусных инфекций, с формированием хронических заболеваний и соматической патологии не вызывает сомнения. Научный мета-анализ доказывает связь инфекций с началом аутоиммунных заболеваний, хронической патологии бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, мочевой системы и др. Особое внимание педиатры и перинатологи уделяются роли внутриутробной вирусной инфекции в формировании

врожденных пороков развития и внутриутробной патологии.

Выделяют 3 вида участия инфекционных факторов в формировании соматической патологии (Мазанкова Л.Н., Григорьев К.И., 2013):

- возбудитель инфекции вызывает и поддерживает течение болезни (пневмония, бактериальный эндокардит, кардит, перикардит, пиелонефрит, цистит, гепатит, холецистит, менингит, энцефалит и др.);
- инфекционный агент является триггером, запускающим развитие иммунокомплексных или аутоиммунных заболеваний – гломерулонефрита, ревматоидного артрита, реактивного артрита и др.;
- оппортунистические инфекции способствуют развитию иммуносупрессии, что неблагоприятно влияет на течение хронической неинфекционной соматической патологии (БА, онкогематологические заболевания и т.д.).

В Москве с 2008 г. для предметного обсуждения данной проблемы организуются конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей» с участием ведущих специалистов в разных областях педиатрии. В 2018 г. Конференция впервые прошла в новом формате: большинство сообщений было посвящено теме микробиоты ребенка и ее влиянию на возникновение и развитие инфекционных и соматических заболеваний. Специалисты разных направлений получили современную информацию о роли микробиоты в становлении организма ребенка в возрастном аспекте, в функционировании разных органов и систем. Взаимодействие нормальной микрофлоры ребенка с патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, влияние на эти процессы заболеваний и терапии, а также возникающие при этом клинические ситуации – проблема, актуальная для педиатров, а также инфекционистов, гастроэнтерологов, дерматологов, пульмонологов, аллергологов-иммунологов и врачей других специальностей.

Комплексный, согласованный подход к решению проблемы микробиоты человека, несомненно, имеет непосредственное отношение к проблеме коморбидности. Это и концепция оси «кишечник → головной мозг → кишечник», и теория «биопленок», и процесс бактериальной транслокации – перемещения бактерий за пределы биотопа внутриутробно и в период новорожденности и т.д.

В настоящее время разработаны многочисленные меры инфекционной профилактики для контроля за некоторыми соматическими заболе-

ваниями, в том числе – с использованием пре- и пробиотиков.

4. Коморбидность проявляется соматическими и психоневрологическими заболеваниями.

Растет число коморбидных больных на приеме у невролога. Это – пациенты с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, легких и бронхов, что требует минимизации лекарственной нагрузки на организм (Камчатнов П.Р., Захаров В.В., 2018). Высока роль коморбидных функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (overlap syndrome), в отечественной литературе обычно используется термин «синдром перекреста». Наиболее частые варианты коморбидных функциональных расстройств ЖКТ – функциональная диспепсия (ФД) + синдром раздраженного кишечника (СРК); ФД+ билиарная дисфункция (БД); БД+СРК; ФД+БД+СРК.

Сочетание психических и соматических коморбидных заболеваний у детей регистрируют реже, чем оно существует в реальности. Долгое время психические проблемы рассматривали как психологические. Депрессия весьма характерна для лиц с большинством хронических заболеваний; так, она встречается у 10–22% подростков с сахарным диабетом, у 23–47% пациентов с неспецифическими заболеваниями кишечника. В случаях сочетания сахарного диабета, язвенного колита и депрессии может существенно ухудшиться прогноз. Больные с психическими расстройствами нуждаются в более частых госпитализациях в соматические стационары.

Повышение частоты как соматических, так и психических заболеваний у пациентов при длительном наблюдении может свидетельствовать о системном нарастании повреждений, ошибок и сбоях в сложнейшей системе, каковой является человек.

5. Коморбидность затрудняет диагностику.

Многие заболевания имеют сходные клинические и лабораторные проявления, затрудняющие своевременную постановку диагноза. В ряде случаев возникают серьезные трудности с диагностикой БА. К сожалению, обследования на функцию внешнего дыхания, тесты на гиперреактивность бронхов и др. имеют возрастные ограничения. Диагностику гастроэзофагеальной рефлюксной болезни затрудняет практически повсеместное отсутствие возможностей для применения рН-метрии.

Важно понимать, что любое заболевание не может быть чисто локальным, поэтому попытки выделить особые синдромы, например гепаторенальный, гепатопульмональный или кардиоре-

нальный, представляются малоперспективными, тем более что неблагоприятный прогноз нередко характерен для нетяжелых коморбидных состояний. Как ни странно это звучит, в некоторых случаях диагностика сопутствующего заболевания вообще бывает нецелесообразной.

Коморбидность может быть причиной скрытых или явных повреждений. Так, при синдроме гемиконвульсии-гемиплегия-эпилепсии (редкое заболевание) коморбидность была причиной одностороннего поражения мозга (Айвазян С.О., 2018). Автор отметил коморбидность у всех 4 больных: у пациента А., 6 лет, – гипотиреоз, несколько состояний с нарушением уровня сознания и запахом ацетона изо рта, несколько спонтанных генерализованных судорожных приступов с 11 мес; у пациента В., 6 лет, – адренегенитальный синдром, врожденная глаукома; у пациента Д., 1 года 10 мес, – порок сердца, высокая степень стигматизации, подозрение на синдром Вольфа-Хиршхорна; у пациентки Х., 3 лет – детский церебральный паралич, постгеморрагическая окклюзионная гидроцефалия.

6. Наличие коморбидных болезней может утяжелить тяжесть их течения и снизить эффективность лечения.

Медицинским работникам хорошо известно, что наличие сопутствующих заболеваний негативно влияет на течение и исходы заболеваний. Возрастает тяжесть состояния, частота повторных госпитализаций и смертность. Это имеет большое значение при ревматических заболеваниях (Богмат Л.Ф. и соавт., 2015), но касается и многих других. Представляется перспективным включать коморбидность в шкалы прогноза течения заболеваний с целью увеличения точности предсказания неблагоприятных событий.

Систематический анализ результатов исследований и электронных баз данных показал обратную корреляцию между качеством жизни пациента и коморбидностью. Важность коморбидности как неблагоприятного прогностического фактора подчеркнута ее включением в определение хронической обструктивной болезни легких (Martí S. et al., 2006).

Следует отметить, что при госпитализации пациентов обычно проводится активное лечение основного заболевания, а лечение заболевания, сочетанного с ним, нередко не соответствует современным рекомендациям. Лишь в некоторых случаях это бывает оправдано, хотя чаще связано с особенностями функционирования страховой медицины.

У детей с внебольничной пневмонией коморбидность с другими заболеваниями внутренних органов ассоциируется с повышением риска развития осложнений, что требует более активной антибактериальной терапии.

7. Лечение нескольких заболеваний требует учета взаимовлияния медикаментов и повышенного риска побочных эффектов.

Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лекарственных средств. Подбор медикаментов для лечения нескольких заболеваний может вызвать затруднения в учете взаимовлияния лекарственных препаратов. Препарат, эффективный при одном заболевании, может привести к существенному ухудшению течения сопутствующей патологии или, наоборот, хорошо помогает при обоих заболеваниях. Например, с одной стороны, повышение артериального давления приводит к почечной недостаточности, а с другой – снижение функции почек способствует развитию артериальной гипертензии.

В 20–30% случаев пациенты с артериальной гипертензией одновременно принимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Последние снижают антигипертензивный эффект ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов, β -блокаторов, в меньшей степени – тиазидов, и мало влияют на антигипертензивный эффект антагонистов кальция (последние в педиатрической практике используются реже).

В последние годы было показано повышение смертности при использовании у пациентов с астмой β_2 -агонистов, особенно при монотерапии у подростков и молодых лиц. Неслучайно в настоящее время запрещено применение пролонгированных β_2 -агонистов при астме без сопутствующей терапии глюкокортикоидами (Ненашева Н.М., 2018).

НПВП, особенно селективные, повышают риск тромбозов и не показаны пациентам с ишемической болезнью сердца. Рост частоты ишемического инсульта в детском возрасте делает данную проблему актуальной и в педиатрии.

8. Коморбидные заболевания значительно увеличивают затраты на лечение.

Коморбидность – серьезная проблема здравоохранения, так как лечение нескольких заболеваний требует увеличения расходов и затруднительно в условиях поддерживающейся сверху идеи узкой специализации отечественных лечебно-профилактических учреждений.

(Продолжение см. 28)

(Начало на с. 20)

Например, у больных с сахарным диабетом при отсутствии, а также наличии 1, 2, 3 и более сопутствующих заболеваний частота контактов с врачом общей практики составляла 14, 21 и 29%, частота выписки рецептов – 18, 26, 40 и 57%, госпитализаций в год — 1,7; 2,3; 2,9 и 3,2%, средняя длительность пребывания в стационаре — 7, 6, 8 и 11 дней, общая продолжительность госпитализации — 11, 15, 22 и 32 дня соответственно. Доктора из США J.N. Struijs и ее коллеги (2006) утверждают, что наличие сопутствующих заболеваний, связанных с сахарным диабетом, значительно повышает использование медицинских ресурсов.

9. *Повышение количества медикаментов увеличивает риск развития неблагоприятных эффектов.*

Проблема полифармакотерапии (прием одновременно ≥ 5 препаратов) в педиатрии остается актуальной, хотя в меньшей степени, чем это наблюдалось в 80-е годы XX века. Если следовать современным рекомендациям, пациент с 5 нетяжелыми заболеваниями должен получать не менее 11 медикаментозных препаратов (Hughes L.D. et al., 2013).

Пока не удастся создать препараты, лишённые побочных эффектов, а при сочетанных заболеваниях требуется назначение и большего числа медикаментов, что соответственно повышает риски развития лекарственных осложнений. С целью сокращения числа медикаментов в большинстве случаев можно без ущерба для пациента отменить нейро- и кардиометаболические препараты, препараты калия, магния, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, биологически активные добавки, фитопрепараты. В наших стационарах практически не назначаются поливитаминные препараты и антиоксиданты.

10. *Требуется выработать оптимальную организацию и стратегию ведения коморбидных пациентов, улучшить их комплаенс (приверженность лечению).*

Лечить несколько заболеваний можно последовательно или параллельно. Последовательная стратегия больше подходит для ситуаций, когда одно заболевание вызывает другое. Однако нередко приходится лечить несколько заболеваний одновременно. При наличии нескольких септических очагов в организме нельзя же применять последовательное лечение. Организационные сложности возникают при амбулаторном лечении, когда лечение осуществляет не 1 человек (участковый педиатр, врач общей практики), а группа специалистов. В стационаре объединить их в команду бывает легче.

При часто встречающихся состояниях (бронхит, гастродуоденит, инфекция мочевых

путей, вегетососудистая дистония) наиболее целесообразным представляется ведение пациента 1 специалистом, который в случае необходимости (редко) привлекает специалиста и координирует работу с ним. Все urgentные/орфанные заболевания должны контролироваться соответствующими специалистами.

Ввиду возрастающей сложности выбора лекарственных препаратов в условиях коморбидности перспективна разработка компьютерных программ, которые будут отслеживать приверженность пациентов (их родителей) лечению, контролировать эффективность и безопасность выбора медикаментов в рамках моделей интегральной медицины.

Таким образом, требуется усилить изучение сочетанных болезней. Возможно, перспективный подход – организация единых консультативных центров по исследованию коморбидности, которые будут помогать специалистам в лечении сочетанных заболеваний. Большая роль в этой работе отводится клиническим фармакологам.

Обычно коморбидность входит в критерии исключения для оценки эффективности лекарственных препаратов, поэтому надежных данных об особенностях лечения сочетанных болезней мало, а педиатрические данные просто отсутствуют.

Изучение лечения ≥ 2 заболеваний существенно сложнее, чем изучение 1 заболевания, оно по сравнению с последним методически не разработано. Даже использование методов многофакторного анализа может быть недостаточно эффективным. Ведь до сих пор постоянно звучит вопрос: коморбидность – это 2 заболевания или 1 новое? Например, НПВП-индуцированная эзофагопатия? (Пахомова И.Г., Хорошина Л.П., 2016). Правда, антибиотикоассоциированные поражения кишечника как ряд нозологических единиц (антибиотикоассоциированная диарея, псевдомембранозный колит, сегментарный геморрагический колит, «легкая болезнь» /mild illness) сомнений уже не вызывают.

Существует достаточно много методов оценки коморбидности. Наиболее часто для нее используется система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), предложенная B.S. Linn в 1968 г. Эта методика дает специалисту возможность оценивать число и тяжесть хронических заболеваний у пациентов. Система CIRS оценивает коморбидность по сумме баллов от 0 до 56.

Продолжаются поиски сетевых моделей коморбидности. Успешностью решения диагностических задач, особенно при наличии коморбидности, в конечном счете определяются логичность и обоснованность выводов, а следовательно,

эффективность диагностики в целом (Кац Я.А. и соавт., 2018). Прогрессивно возрастающее число шкал оценок тяжести состояния и прогноза при многих заболеваниях, часто очень сходных, приводит к мысли о целесообразности разработки метода интегральной оценки функционального состояния и прогноза, новой теоретической концепции заболеваний человека (Белялов Ф.И., 2016).

Коморбидность у детей раннего возраста имеет свою специфику, которая в немалой степени зависит не только от генетических и пренатальных факторов, но и от медико-социальных (родители, семья, экологические факторы; Резниченко Ю.Г., Ярцева М.А., 2014).

Проблема ведения пациентов с коморбидными состояниями сложна, и многие вопросы, связанные с коррекцией рекомендуемых доз препаратов, окончательно не решены. Целесообразна ориентированность медицинских рекомендаций по диагностике и лечению на индивидуализированное ведение больных с учетом коморбидных состояний. Когда к разработке рекомендаций привлечена команда специалистов разных профилей, результаты впечатляют (Оганов Р.Г. и соавт, 2019). К сожалению, подготовленные ими методические рекомендации не касаются детей и подростков, хотя если использовать принятые протоколы ведения больных без учета коморбидности, особенно у новорожденных, лечение может быть небезопасным.

Медицинские работники хорошо знают, что дети сегодня чаще всего – носители нескольких заболеваний, каждое из которых может ухудшать состояние ребенка, повышать риски инвалидизации и смерти. Однако особенности медицинской статистики не позволяют судить о численности подобных больных, поскольку все определяет основная патология, а прочие заболевания не учитываются. При коморбидности требуются участие в диагностике и лечении разных специалистов, согласованное мнение экспертов, представляющих многие медицинские профессии. Знание проблем коморбидной патологии, правил формулировки диагнозов и ведения таких больных – серьезная задача.

Рекомендуемая литература

Айвазян С.О. Коморбидность при синдроме гемиконвульсий- гемиплегии-эпилепсии у детей (описание 4-х клинических случаев). Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2018; 10 (1): 73–9.

Белялов Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности. 10-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 544.

Богмат Л.Ф., Шевченко Н.С., Демьяненко М.В. Коморбидность при ревматических заболеваниях у подростков: обзор литературы и собственные

наблюдения. Современная педиатрия. 2015; 2 (66): 56–61.

Верткин А. Л. Коморбидный пациент. М.: Эксмо, 2015; 285.

Григорьев К.И., Выхристюк О.Ф., Донин И.М., Заваденко А.Н. Синдром Дауна: коморбидность и программные цели в работе врача-педиатра с такими детьми. Трудный пациент. 2017; 15 (1–2): 64–9.

Гудков Р.А., Дмитриев А.В., Федина Н.В. Нарушения нутритивного статуса и коморбидность у детей. Вестник РУДН, серия Медицина, 2016; 1: 54–8.

Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А., Богомаз Л.В., Юдина Т.М. Проблемы и перспективы изучения современной детской гастроэнтерологии. Педиатрия. 2016; 95 (6): 10–8.

Камчатнов П.Р., Захаров В.В. Коморбидный пациент на амбулаторном приеме. Поликлиника. Неврология Ревматология. Спецвыпуск. 2018; 5: 5–8.

Кац Я.А., Пархонюк Е.В., Скрипцова С.А. Болезнь и норма. Мономорбидность, коморбидность и методология их диагностики. Саратовский научно-медицинский журнал. 2018; 14 (2): 209–16.

Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Исторические особенности и семантические трудности использования терминов, обозначающих множественность заболеваний у одного больного. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018; 154 (6): 4–9.

Мазанкова Л.Н., Григорьев К.И. Соматические заболевания у детей: роль в возникновении инфекционной патологии. Детские инфекции. 2013; 12 (3): 3–8.

Муталов А.Г. Коморбидная патология в практике врача педиатра – особенности диагностики и тактики ведения. Статья опубликована в «Медвестнике» на портале российского врача.

Ненашева Н.М. Бронхиальная астма. Современный взгляд на проблему. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 304.

Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А., Болдуева С.А., Гарганеева Н.П., Дощицин В.Л., Каратеев А.Е., Котовская Ю.В., Лила А.М., Лукьянов М.М., Морозова Т.Е. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения: клинические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019; 18 (1): 5–66.

Пахомова И.Г., Хорошинина Л.П. НПВС-индуцированная эзофагопатия: просто ГЭРБ или еще одна нозологическая единица? Фарматека. 2016; 15: 39–43.

Резниченко Ю.Г., Ярцева М.А. Исследования трансназологической коморбидности у детей раннего возраста в условиях большого промышленного центра. Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. 2014; 5 (1): 48–51.

Щедеркина И.О. Дисфункция затылочной коры и ее коморбидность у детей и подростков. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2011; 24.

Eddy D.M., Adler J., Patterson B. et al. Individualized Guidelines: The Potential for Increasing Quality and Reducing Costs. Ann. Intern. Med. 2011; 154 (9): 627–34.

Marti S., Munoz X., Rios J. et al. Body weight and comorbidity predict mortality in COPD patients treated with oxygen therapy. Eur. Respir. J. 2006; 27 (4): 689–96.

Hughes L.D., McMurdo M.E.T., Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. Age Ageing. 2013; 42 (1): 62–9.

Soto-Quiros M., Avila L., Platts-Mills T.A. et al. High titers of IgE antibody to dust mite allergen and risk for wheezing among asthmatic children infected with rhinovirus. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2012; 129 (№ 6): 1499–505.

Struijs J.N., Baan C.A., Schellevis F.G. et al. Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 84.

Van den Akker M., Buntinx F., Roos S., Knottnerus J.A. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review. *Eur. J. Gen. Pract.* 1996; 2 (2): 65–70.

MANAGEMENT OF CHILDREN WITH A CONCURRENCE OF DIFFERENT PATHOLOGICAL CONDITIONS

Prof. K.I. Grigoryev, MD

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University,
1, Ostrovityanov St., Moscow 117997, Russian Federation

The paper presents information on the need for care and effective and safe treatment of children, by taking into account the diversity of comorbidities.

Key words: *comorbidity, comorbid states, comorbidity in pediatrics.*

For reference: Grigoryev K.I. Management of children with a concurrence of different pathological conditions. *Meditinskaya Sestra.* 2019; 21 (8): 20–25, 28–30. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-08-05>