



Проф. О.М. Корж

Харківський національний медичний університет

Коморбідність пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями у практиці сімейного лікаря

Термін «коморбідність» (від лат. со — «разом» і morbus — «хвороба») вперше дан в 1970 р. американським епідеміологом Feinstein A. R., який стверджував, що «коморбідність — це будь-яка окрема нозологічна форма/одиниця, що існувала, існуюча або яка може виникнути під час клінічного перебігу індексного (досліджуваного) захворювання в пацієнта» [1], тобто. одному захворюванню відводиться центральне положення, а іншим — другорядне. Разом з тим, накопичений за минулі десятиліття клінічний досвід свідчить, що всі коморбідні захворювання впливають на перебіг і результати один одного, проте ступінь цього впливу, ймовірно, може бути різним. В даний час коморбідність визначається як поєднання одного хворого двох або більше хронічних захворювань, етіопатогенетично взаємопов'язаних між собою або збігаються за часом появи незалежно від активності кожного з них, що підкреслює принципово важливе положення: коморбідні захворювання терапевтичного профілю виникають внаслідок подібності чи єдності окремих ланок їх етіопатогенезу.

Епідеміологічні аспекти коморбідності

Коморбідність — серйозна проблема громадського здоров'я та охорони здоров'я у всьому світі у зв'язку з її зростанням у різних групах населення через покращення соціально-економічних умов, змін способу життя, розширення діагностичних можливостей служб охорони здоров'я, а також у зв'язку зі старінням населення [2]. Останні десятиліття демографічна ситуація у світі характеризується збільшенням тривалості життя населення, особливо у розвинених країнах. Небезпека значної поширеності коморбідності визначається високим рівнем смертності таких пацієнтів, збільшенням потреби

у медичних послугах та збільшенням витрат на охорону здоров'я [2-4].

Як фактор ризику (ФР) коморбідності може розглядатися старіння, яке асоціюється з більшістю коморбідних захворювань, включаючи ішемічну хворобу серця (ІХС), артеріальну гіпертонію (АГ), цукровий діабет (ЦД) та інші хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ). Ці поєднання на практиці часто зустрічаються і, здається, що вони добре відомі, проте причини та прогноз цих асоціацій вивчені недостатньо. У літературі розглядаються кілька можливих пояснень [5]. По-перше, як уже сказано, виявляється чітка залежність між виникненням коморбідності та віком пацієнта, причому з віком збільшується і частота поєднань захворювань. Ускладнення розвиваються зазвичай протягом 10–20 років після початку захворювання.

Таким чином, період між початком захворювання та розвитком ускладнень дуже важливий для профілактики та лікування пацієнтів з коморбідністю, оскільки раннє виявлення та найкраще лікування першого захворювання (основного) може ефективно знизити ризик розвитку коморбідності та (або) уповільнити її прогресування. По-друге, зростання тривалості життя в останні роки значною мірою пояснюється скороченням смертності серед літніх людей, особливо від ІХС та мозкового інсульту (МІ). Проте зі збільшенням тривалості життя осіб із ХНІЗ ускладнення можуть накопичуватися. По-третє, функціональні можливості організму з віком знижуються і люди похилого віку стають більш сприйнятливими до виникнення та прогресування захворювань, ніж молоді. Пацієнти з великим числом таких станів часто потребують додаткових видів допомоги, більш інтенсивного прийому лікарських препаратів (ЛП), більш поглибленої уваги лікаря та медичної сестри [3, 5].

Прихильність до лікування при коморбідності

У спеціальній доповіді ВООЗ, присвяченій проблемі прихильності до лікування як однієї з найактуальніших для сучасної медицини, було зазначено, що пошук підходів, здатних підвищити прихильність до терапії, є більш перспективним, ніж розробка нових методів лікування захворювань [6]. Особлива значущість проблеми прихильності при ХНІЗ багато в чому обумовлена необхідністю тривалої терапії таких хвороб, яка, по суті, повинна проводитися протягом усього життя. Частота неприхильності пацієнтів до лікарських рекомендацій при терапії ХНІЗ за даними різних досліджень варіює у широкому діапазоні — від 4 до 88%. У середньому тривала відданість (persistence) до лікування у хворих на ХНІЗ становить не >50%. Причому цей показник протягом останніх десятиліть залишається практично незмінним [7].

Глобальний процес старіння населення планети та збільшення тягаря ХНІЗ, мультиморбідності та пов'язаної з цим поліпрагмазії ставить нові завдання перед системами охорони здоров'я у всьому світі. У цих умовах проблема прихильності до лікарського, зазвичай багатоцільового (мультицільового) та багатокомпонентного лікування набуває вкрай високої значущості [8].

За даними дослідження поширеності поліпрагмазії в європейських країнах тільки у кожного десятого літнього європейця немає потреби у прийомі ЛП, 50% пацієнтів потрібно прийом від 5 до 10 ЛП на добу, а 10% хворих потрібно приймати більше 10 ліків щодня [9].

У таких умовах відданість пацієнтів до виконання лікарських рекомендацій, з одного боку, може відігравати важливу роль у досягненні цілей медикamentозного лікування. З іншого боку, значущі позиції щодо забезпечення ефективності та безпеки терапії знаходяться у сфері прихильності лікарів, а саме:

- 1) до виконання положень клінічних рекомендацій;
- 2) дотримання критеріїв «відповідних призначень»;
- 3) збереження наступності на різних етапах спостереження (стаціонарному, амбулаторному) хворого, а також 4) до обліку поєднання лікарських призначень різних фахівців з приводу різних нозологій у кожного конкретного пацієнта з мультиморбідністю.

Проте, традиційно ключову роль проблемі раціональної фармакотерапії відводять питанням прихильності пацієнтів до лікування. Згідно з доповіддю ВООЗ, всі фактори прихильності розподілені в 5 груп, однак, враховуючи тісний взаємозв'язок факторів пацієнта та захворювання; факторів лікаря та терапії, і особливу значимість факторів у негативному впливі (бар'єрів прихильності), видається логічним скомбінувати їх у три більші класери: бар'єри прихильності, пов'язані з пацієнтом/захворюванням; бар'єри прихильності, пов'язані з лікарем/терапією; бар'єри прихильності пов'язані з організацією системи охорони здоров'я.

Особливості психоемоційного стану пацієнтів із коморбідністю

Протягом останніх десятиліть відзначається збільшення поширеності порушень психічного здоров'я у населення більшості країн світу, найчастішими є психоемоційні розлади афективного спектра — депресії та тривожні розлади.

Дослідницький інтерес до вивчення взаємодій між хронічними захворюваннями та психоемоційними розладами, насамперед депресією та тривогою, значно зріс за останні роки, враховуючи їх високу поширеність у осіб, які мають хоча б одне хронічне захворювання порівняно з тими, хто не має жодного захворювання [10]. За даними ВООЗ, особи з хронічними захворюваннями значно частіше страждають від депресії та тривожних розладів, що свідчить про значущість проблеми коморбідності хронічних соматичних захворювань та психоемоційних порушень [11].

В даний час висока поширеність депресії та тривожних розладів найчастіше реєструється серед пацієнтів з такими хронічними патологіями як: ССЗ, ХОЗЛ, ЦД, ХХН та онкологічні захворювання. Проведені дослідження показали, що психоемоційні розлади можуть збільшувати ризик розвитку як хронічних соматичних патологій, так і їх несприятливих результатів. З іншого боку, зазначено, що психоемоційні порушення майже втричі частіше зустрічаються в осіб із мультиморбідністю, тобто. наявністю двох або більше хронічних соматичних захворювань порівняно з особами без мультиморбідності або без хронічних захворювань.

Хронічні соматичні захворювання та психоемоційні порушення можуть розвиватися незалежно або бути взаємопов'язаними на різних етапах свого формування та прогресування. Психологічні аспекти такої коморбідності полягають у тому, що пацієнти можуть неохоче визнавати наявність психоемоційних порушень або навіть не усвідомлювати їх наявність, через фізичні симптоми тривоги або депресії з наявними соматичними захворюваннями. Зважаючи на те, що психоемоційні порушення є частим ускладненням хронічних соматичних захворювань, вони можуть сприяти погіршенню перебігу хвороби, впливати на самоконтроль і прихильність до терапії. Наглядові дослідження показали, що мультиморбідність часто передуює розвитку психоемоційних порушень — депресії та тривожних розладів, що можна пояснити такими факторами, як хронічний біль, слабкість, тяжкість симптомів соматичних захворювань та значні функціональні порушення [12].

ССЗ та психоемоційні порушення. Найбільш добре вивчено взаємозв'язок психоемоційних порушень та ССЗ. Депресія та тривожні розлади пов'язані з основними несприятливими серцево-судинними подіями, повторною госпіталізацією та смертю, незалежно від традиційних ФР [13]. З депресією найчастіше асоційовані атеросклеротичні ССЗ, що віщує несприятливі серцево-судинні наслідки.

Кожен п'ятий пацієнт з ІХС або ХСН страждає на депресію. Пацієнти з ССЗ та депресією схильні до підвищеного ризику повторних серцево-судинних подій та смертності. У пацієнтів з депресією та ГКС вдвічі збільшується ризик серйозних серцево-судинних подій у майбутньому. Високий рівень депресії асоціюється з раніше перенесеним інсультом у чоловіків та мультиморбідністю (3 хронічних захворювань) у жінок. Депресія майже вдвічі збільшує ризик виникнення ІХС, в 1,4 разу ризик інсульту та в 1,2 разу загальну смертність [14].

Особливо негативно депресія впливає на серцево-судинний прогноз після ГКС. Клінічна депресія збільшує ризик комбінованих смертельних та не смертельних наслідків у хворих з АГ та ІХС у 1,6 раза, ризик смерті від ССЗ у 1,6 раза та ризик смерті від усіх причин у 1,8 раза.

У осіб похилого віку посилення депресивних симптомів пов'язане зі смертністю від усіх причин. Депресія пов'язана зі звичками, що негативно впливають на здоров'я (куріння, гіподинамія, нерациональне харчування тощо) та асоційована зі зниженням прихильності до лікування.

Тривожні стани є незалежними ФР ІХС, кардіальних ускладнень та смерті внаслідок ГКС. Показано значний зв'язок тривожних розладів та ризику розвитку ГКС [207]. Тривожні розлади збільшують ризик виникнення та розвитку ССЗ, особливо у чоловічої популяції та становлять прогностичний ризик для наступних серйозних несприятливих коронарних подій в осіб із ССЗ (ОКС, ХСН, коронарної реваскуляризації та інсульту).

Показано, що навчання управлінню стресом, контрольована фізична активність, застосування технік релаксації, когнітивно-поведінкова терапія та психотерапевтичне втручання (групове та індивідуальне) сприяють: зниження вираженості стресу, напруги, тривожних і депресивних симптомів, поліпшення загального самопочуття та поліпшення загального самопочуття поліпшенням результатів лікування ССЗ та зниженням смертності від усіх причин.

Терапія депресії селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну у пацієнтів з ІХС знижує частоту повторної госпіталізації та смертність від усіх причин. У пацієнтів з ХСН застосування будь-яких антидепресантів пов'язане з підвищеним ризиком серцевої та загальної смертності. Терапія багатьма психофармакологічними препаратами пов'язана з підвищеним ризиком раптової серцевої смерті, тому пацієнтів з ССЗ та тяжкими психічними захворюваннями необхідно курирувати спільно з психіатрами.

ХОЗЛ та психоемоційні порушення. Депресія та тривожні розлади є частими коморбідними станами у пацієнтів з ХОЗЛ, але їхній вплив на основні показники здоров'я цієї групи пацієнтів дотепер залишається погано вивченим [15]. Показано, що депресія та тривожні розлади можуть збільшувати ризик загострення ХОЗЛ та госпіталізацій, що потребує додаткового вивчення з метою уточнення механізмів

взаємозв'язку. Також було показано, що депресія та тривожні розлади при загостренні ХОЗЛ пов'язані між собою, при цьому вплив тривожних розладів більше асоціюється з перебігом гострої фази ХОЗЛ, а на клінічні прояви депресії впливає частота госпіталізацій.

Описано значний вплив психоемоційних порушень у пацієнтів із ХОЗЛ на прихильність до терапії. Згідно з даними досліджень, майже половина пацієнтів з ХОЗЛ не дотримуються призначеного лікування та повідомляють про тривогу та депресію як про супутні захворювання, що призводить до більш високої частоти загострень, госпіталізацій та гірших клінічних результатів. При цьому було виявлено значний негативний взаємозв'язок між депресією, тривогою та прихильністю до терапії у пацієнтів з ХОЗЛ. Однак, у разі приєднання ефективного лікування психоемоційних порушень, відзначалося зниження ризику госпіталізації пацієнтів з ХОЗЛ, зважаючи на зростання прихильності до терапії підтримуваними дозами інгаляційних препаратів.

Проведені дослідження продемонстрували негативний вплив психоемоційних розладів на прогноз пацієнтів з ХОЗЛ, пов'язаний зі зниженням прихильності до лікування та зменшенням фізичної активності у поєднанні із загальним падінням КЖ, що, у свою чергу, може бути причиною частих тяжких загострень, що вимагають госпіталізації та призводять до збільшення смертності.

Незважаючи на дані, що свідчать про високу поширеність та надзвичайно негативний вплив психоемоційних порушень протягом ХОЗЛ, в даний час проведено дуже мало клінічних досліджень із застосуванням як фармакологічних, так і психологічних методів лікування депресії та тривожних розладів у пацієнтів з ХОЗЛ. Рекомендації для майбутніх досліджень повинні включати вивчення причинно-наслідкових зв'язків та механізмів, що пояснюють взаємозв'язок між тривогою, депресією та перебігом ХОЗЛ, а також розробку комплексного систематичного підходу до терапії даних станів.

ЦД та психоемоційні порушення. Приблизно третина пацієнтів із ЦД 1 типу (ЦД1) та ЦД2 відчуває клінічно значущі симптоми емоційного дистресу, починаючи від проблем адаптації і закінчуючи найпоширенішими психоемоційними порушеннями, включаючи тривогу, депресію та розлади харчової поведінки [16]. Епідеміологічні дослідження показали, що у пацієнтів з ЦД1 та ЦД2 вдвічі підвищений ризик розвитку клінічної депресії та тяжких тривожних розладів у порівнянні з населенням загалом. Розвиток таких коморбідних станів як великий депресивний розлад та/або генералізований тривожний розлад асоційовано з інвалідністю у хворих на ЦД. У жінок із СД2 на ранніх термінах вагітності симптоми тривоги та/або депресії виявляються у 40%, що негативно впливає на досягнення оптимального контролю глікемії на пізніх термінах вагітності. У метааналізі, що включив 43 РКД, що вивчали результати медикаментозного та немедикаментозного лікування депресії у 3543 пацієнтів з ЦД,

було показано позитивний вплив застосовуваних методів лікування при коморбідній депресії, проте дана терапія не призводила до поліпшення глікемічного контролю [17]. Дані, отримані в систематичному огляді, підтвердили мінімальний клінічний ефект від методів психотерапії психоемоційних порушень у покращенні контролю за рівнем HbA1c у дорослих із ЦД1 та ЦД2. Таким чином, психоемоційні розлади, такі як тривожні розлади та депресія, піддаються ефективному лікуванню у пацієнтів із ЦД, проте результати впливу даної терапії на глікемічний контроль дуже скромні.

ХХН та психоемоційні порушення. Поширеність депресії та тривожних розладів у пацієнтів з ХХН зростає від 1 до 5-ї стадії ХХН і становить від 21% до 39%, а для перенесли трансплантацію нирки — 25,7%. Психоемоційні розлади розвиваються приблизно у чверті дорослих пацієнтів із ХХН незалежно від причини ниркової патології [18]. Пацієнти з ХХН, які страждають на депресію, мають низьку КЖ, високу частоту госпіталізації і нижчу тривалість життя, ніж пацієнти без депресії. Однак застосування антидепресантів, ефективних у популяції в цілому, не вивчене у пацієнтів з ХХН щодо результатів. Зміна фармакокінетичних параметрів багатьох ЛП, що застосовуються для лікування психоемоційних порушень, потребує корекції доз у пацієнтів із ХХН. Так, при ХХН 3–5 стадій необхідно знизити дози: селегіліну, амітриптиліну, венлафаксину, десвенлафаксину, мілнаципрану, бупропіону, ребоксетину, тіанептину та багатьох інших активно застосовуваних ЛП у психофармакотерапії. З іншого боку, доказів ефективності терапії антидепресантами, порівняно з плацебо, у пацієнтів з ХХН 3–5 стадії та коморбідними психоемоційними порушеннями нині недостатньо. Більш того, існуючі дані свідчать про те, що у частини пацієнтів з ХХН 5 стадії антидепресанти можуть завдавати більше шкоди, ніж користі, тому доцільно проведення досліджень щодо оцінки селективного скасування даної терапії. Таким чином, для вивчення можливого впливу психофармакотерапії на прогноз пацієнтів з ХХН та коморбідними психоемоційними станами потрібне проведення добре спланованих РКД.

Онкологічні захворювання та психоемоційні порушення. Пацієнти з онкологічними захворюваннями схильні до високого ризику розвитку психоемоційних порушень у поєднанні з низьким КЖ, пов'язаним зі станом здоров'я. ~42,7% та 24,8% пацієнтів з онкологічними захворюваннями відчують тривогу та депресію, і лише ~15,5% з них приймають ліки для лікування цих станів [19].

Поширеність депресії в онкологічних хворих коливається від 8 до 24% і залежить від типу раку та етапу лікування. Поширеність депресії відрізняється у пацієнтів з різними видами раку: від 3% у хворих на рак легень до 31% у хворих на рак травного тракту. Також поширеність депресії досягає максимуму під час активного лікування 14–27% [19].

Дослідження показали, що клінічно виражені депресія і тривога пов'язані з більш високою захворюваністю на рак і нижчою виживаністю при раку. Психологічний дистрес (симптоми субклінічної депресії та тривоги) пов'язаний з більш високою смертністю від раку та нижчою виживаністю при раку, але не зі збільшенням захворюваності на рак. В цілому, депресія та тривожні розлади пов'язані з підвищеним ризиком розвитку раку легень, раку молочної залози, раку порожнини рота, передміхурової залози та шкірних покривів, а також з більш високим ризиком смерті від раку легень, сечового міхура, молочної залози, прямої кишки, кровотворної системи, нирок та передміхурової залози, а також з підвищеним ризиком смерті від будь-яких причин у хворих на рак легень.

Було показано, що ранні психотерапевтичні втручання, такі як психотерапія і ліки, що відпускаються за рецептом, можуть позитивно вплинути на психічний благополуччя і КЖ пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Таким чином, дані сучасних досліджень дають можливість припустити, що депресія та тривога можуть відігравати етіологічну роль і впливати на прогноз у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Раннє виявлення та ефективне лікування депресії та тривожних розладів у онкологічних хворих, а також населення загалом можуть мати важливе значення як для громадської охорони здоров'я, так і для клінічної практики.

Список використаної літератури

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal Chronic Diseases*. 1970;23(7):455-68. doi:10.1016/0021-9681(70)90054-8.
2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
3. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, et al. Multimorbidity and quality of life: systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2019;53:100903. doi:10.1016/j.arr.2019.04.005.
4. Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, et al. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:130-8. doi:10.1016/j.archger.2016.07.008.
5. Tong B, Stevenson C. 2007. Comorbidity of cardiovascular disease, diabetes and chronic kidney disease in Australia. *Cardiovascular Disease Series no. 28. Cat. no. CVD 37*. Canberra: AIHW. ISBN: 978 1 74024 705 4.
6. De Bacquer D, Astin F, Kotseva K, et al. Poor adherence to lifestyle recommendations in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE surveys. *Eur J Prev Cardiol*. 2022;29(2):383-95. doi:10.1093/eurjpc/zwab115.
7. Pedretti RFE, Hansen D, Ambrosetti M, et al. How to optimize the adherence to a guideline-directed medical therapy in the secondary prevention of cardiovascular diseases: a clinical

- consensus statement from the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J Prev Cardiol.* 2023;30(2):149-66. doi:10.1093/eurjpc/zwac204.
8. Maffoni M, Traversoni S, Costa E, et al. Medication adherence in the older adults with chronic multimorbidity: a systematic review of qualitative studies on patient's experience. *Eur Geriatr Med.* 2020;11(3):369-81. doi:10.1007/s41999-020-00313-2.
 9. Midao L, Giardini A, Menditto E, et al. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;78:213-20. doi:10.1016/j.archger.2018.06.018.
 10. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007;370(9590):851-8. doi:10.1016/S0140-6736(07)61415-9.
 11. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle income countries. *Lancet.* 2007;370(9603):1929-38. doi:10.1016/S0140-6736(07)61696-1.
 12. Ronaldson A., de la Torre JA, Prina M, et al. Associations between physical multimorbidity patterns and common mental health disorders in middle-aged adults: A prospective analysis using data from the UK Biobank. *The Lancet Regional Health-Europe.* 2021;8:100149. doi:10.1016/j.lanepe.2021.100149.
 13. Pedersen SS, von Knel R, Tully PJ, et al. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24(3_suppl):108-15. doi:10.1177/2047487317703827.
 14. Albus C, Waller C, Fritzsche K, et al. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society. *Clin Res Cardiol* 2019;108(11):1175-96. doi:10.1007/s00392-019-01488-w.
 15. Volpato E, Toniolo S, Pagnini F, Banfi P. The Relationship Between Anxiety, Depression and Treatment Adherence in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2021;16:2001-21. doi:10.2147/COPD.S313841.16
 16. Abjornsdottir B, Vestgaard M, Do NC, et al. Prevalence of anxiety and depression symptoms in pregnant women with type 2 diabetes and the impact on glycaemic control. *Observational Study Diabet Med.* 2021;38(3):e14506. doi:10.1111/dme.14506.
 17. Van der Feltz-Cornelis C, Allen SF, Holt RIG, et al. Treatment for comorbid depressive disorder or subthreshold depression in diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis. *Brain Behav.* 2021;11(2):e01981. doi:10.1002/brb3.1981.
 18. Chilcot J, Farrington K. The case for selective withdrawal of antidepressants in patients with advanced kidney disease. *J Am Soc Nephrol.* 2019;30(7):1339-40. doi:10.1681/ASN.2019030308.
 19. Wang YH, Li JQ, Shi JF, et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Mol Psychiatry.* 2020;25(7):1487-99. doi:10.1038/s41380-019-0595-x.

Коморбідність пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями у практиці сімейного лікаря

Проф. О.М. Корж

Харківський національний медичний університет

Коморбідність — серйозна проблема громадського здоров'я та охорони здоров'я у всьому світі у зв'язку з її зростанням у різних групах населення через покращення соціально-економічних умов, змін способу життя, розширення діагностичних можливостей служб охорони здоров'я, а також у зв'язку зі старінням населення. Хронічні соматичні захворювання та психоемоційні порушення можуть розвиватися незалежно або бути взаємопов'язаними на різних етапах свого формування та прогресування. Дослідницький інтерес до вивчення взаємодій між хронічними захворюваннями та психоемоційними розладами, насамперед депресією та тривогою, значно зріс за останні роки, враховуючи їх високу поширеність у осіб, які мають хоча б одне хронічне захворювання порівняно з тими, хто не має жодного захворювання.

Ключові слова: коморбідність, хронічні неінфекційні захворювання, сімейний лікар.

Comorbidity of patients with chronic non-infectious diseases in the practice of a family doctor

Prof. O.M. Korzh

Kharkiv National Medical University

Comorbidity is a serious problem of public health and health care around the world due to its growth in various population groups due to the improvement of socio-economic conditions, changes in lifestyle, expansion of diagnostic capabilities of health care services, as well as in connection with the aging of the population. Chronic somatic diseases and psycho-emotional disorders can develop independently or be interconnected at different stages of their formation and progression. Research interest in studying the interactions between chronic diseases and psychoemotional disorders, primarily depression and anxiety, has increased significantly in recent years, given their high prevalence in individuals with at least one chronic disease compared to those without any disease.

Key words: comorbidity, chronic non-infectious diseases, family doctor.

Контактна інформація: Корж Олексій Миколайович —
доктор медичних наук, професор,
в.о. завідувача кафедри загальної практики–сімейної медицини
Харківського національного медичного університету,
Пр. Героїв Харкова, 275, м. Харків,
+380506157195, e-mail: okorzh2006@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 06.06.2024 р.