

Качество жизни больных с полиморбидной патологией

Е.В. Севостьянова, Ю.А. Николаев, И.М. Митрофанов, В.Я. Поляков, Ю.В. Мелихова

*Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины
630117, г. Новосибирск, ул. Тимакова, 2*

Резюме

Полиморбидность представляет собой актуальную проблему современной медицины, связанную с ухудшением по сравнению с изолированной патологией прогноза заболевания, увеличением тяжести течения, количества осложнений, трудности и стоимости диагностики и лечения. Изучение качества жизни (КЖ) больных с полиморбидностью необходимо для грамотного распределения ресурсов здравоохранения. Цель исследования – изучить влияние транснозологической полиморбидности (ТПМ) на компоненты КЖ у пациентов терапевтической клиники. **Материал и методы.** На базе клиники ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины» (г. Новосибирск) проведено обследование 116 мужчин и женщин в возрасте от 20 до 75 лет. ТПМ оценивали по среднему количеству нозологий, соответствующих трехзначной рубрификации МКБ-10, показатели КЖ – с применением валидизированного опросника SF-36. Для анализа количества и тяжести хронических заболеваний в структуре полиморбидности использовали систему CIRS (Cumulative Illness Rating Scale). **Результаты.** В зависимости от степени выраженности ТП сформировано 3 группы больных: с низким ($n = 42$), средним ($n = 52$) и высоким уровнем ТПМ ($n = 22$). Сравнительный анализ показал значимое уменьшение уровня физического функционирования (на 27 %), физического и психического компонентов здоровья (на 26,3 и 15,8 % соответственно), интегрального показателя КЖ (на 19,2 %) у пациентов с высоким уровнем ТПМ по сравнению с больными с низким уровнем ТПМ. Корреляционный анализ подтвердил наличие статистически значимой связи между увеличением ТПМ и снижением основных показателей КЖ. **Заключение.** Возрастание степени ТПМ значимо связано с уменьшением основных показателей КЖ.

Ключевые слова: полиморбидность, качество жизни, хронические заболевания.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор для переписки: Севостьянова Е.В., e-mail: luck.nsk@rambler.ru

Для цитирования: Севостьянова Е.В., Николаев Ю.А., Митрофанов И.М., Поляков В.Я., Мелихова Ю.В. Качество жизни больных с полиморбидной патологией. *Сибирский научный медицинский журнал.* 2021; 41 (1): 91–99. doi: 10.18699/SSMJ20210109

Quality of life of patients with polymorbid pathology

E.V. Sevostyanova, Yu.A. Nikolaev, I.M. Mitrofanov, V.Ya. Polyakov, Yu.V. Melikhova

*Federal Research Center of Fundamental and Translational Medicine
630117, Novosibirsk, Timakov str., 2*

Abstract

Multimorbidity is an urgent problem of modern medicine, associated with a greater severity and more serious prognosis of diseases, a large number of complications, difficulty and the high cost of diagnosis and treatment. The study of the quality of life of patients with multimorbidity is necessary for the competent distribution of health resources. Aim of the study was to investigate the effect of transnosologic multimorbidity (TMM) on the components of quality of life (QoL) in patients of a therapeutic clinic. **Material and methods.** A total of 116 patients, men and women aged 20 to 75 years were examined at the clinic of the Federal Research Center for Fundamental and Translational Medicine in Novosibirsk. TMM was evaluated by the average number of nosologies corresponding to the three-digit classification of ICD-10. Assessment of QoL indicators was carried out using the validated questionnaire SF-36. To assess the number and severity of chronic diseases in the structure of TMM, the CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) system was used. **Results.** Depending on the severity of TMM, 3 groups of patients were formed – with low ($n = 42$), medium ($n = 52$) and high TMM ($n = 22$). A comparative analysis of indicators of QoL, as well as TMM structure in 3 groups was carried

out. A comparative analysis showed a significant decrease in the level of physical functioning (by 27 %), physical and mental health components (by 26.3 % and 15.8 %, respectively), and the integral indicator of quality of life (by 19.2 %) in patients with a high level TMM, compared with patients with low TMM. Correlation analysis confirmed the presence of a statistically significant relationship between an increase in TP and a decrease in the main indicators of QoL. **Conclusion.** An increase in the degree of TMM in patients is significantly associated with a decrease in the main indicators of QoL.

Key words: multimorbidity, quality of life, chronic diseases.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Correspondence author: Sevostyanova E.V., e-mail: luck.nsk@rambler.ru

Citation: Sevostyanova E.V., Nikolaev Yu.A., Mitrofanov I.M., Polyakov V.Ya., Melikhova Yu.V. Quality of life of patients with polymorbid pathology. *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2021; 41 (1): 91–99. [In Russian]. doi: 10.18699/SSMJ20210109

Введение

В последние десятилетия вследствие постарения населения и увеличения общей продолжительности жизни, внутренних генетических изменений, а также неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды происходит накопление в популяции доли лиц с множественными сочетанными хроническими заболеваниями, которые служат основными причинами инвалидизации и смертности населения [1, 2] и рассматриваются в рамках понятия «полиморбидности» (ПМ). ПМ определяется как наличие у одного больного двух и более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных и/или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них [3–5]. ПМ представляет собой серьезнейшую медицинскую и социальную проблему в связи с тем, что она ассоциируется с более длительными сроками госпитализации, более частыми обращениями за медицинской помощью, более высокой стоимостью лечения [2, 6–9] и, в конечном итоге, с более высокими показателями инвалидизации [7] и смертности населения [10, 11]. Лечение больных с полиморбидной патологией представляет собой сложную задачу, требующую тщательного контроля над проводимым лечением, грамотной оценки состояния больного и эффективности проведенной терапии [5].

В настоящее время в связи с определенным прогрессом в лечении острой патологии и увеличением удельного веса хронической патологии, а также общей социальной направленностью на повышение уровня жизни и благосостояния населения, перед медицинской наукой и здравоохранением ставится задача не только уменьшить количество обострений и снизить летальность, связанную с заболеваниями, но и обеспечить

переход к более высокому качеству жизни (КЖ) пациентов. КЖ, связанное со здоровьем (health-related quality of life, HRQoL), представляет собой целостную концепцию, цель которой – охватить ряд показателей состояния здоровья [12]. КЖ является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанной на его субъективном восприятии. Анализ HRQoL обеспечивает приемлемый и достоверный метод оценки влияния заболевания на функционирование, активность и благополучие пациентов [13]. Согласно определению здоровья ВОЗ, КЖ должно рассматриваться как существенный оздоровительный исход при любом лечении заболеваний. Современные подходы к ведению полиморбидных пациентов также предполагают прежде всего улучшить КЖ пациента [14].

В последнее время появляется все больше работ, свидетельствующих об ухудшении КЖ при наличии ПМ [8, 15–21]. Однако недостаточно проведено исследований, вскрывающих структуру ПМ, связанную со сниженным КЖ. Остается неясным, какие именно заболевания и их сочетания, какие паттерны в наибольшей степени влияют на ухудшение КЖ. Также остается неизученным вопрос, какие его компоненты, или домены, вносят наибольший вклад в снижение общего показателя КЖ при наличии ПМ. Все это, несомненно, имеет большое значение для разработки методов персонифицированного лечения пациентов с полиморбидной патологией, направленных на повышение КЖ, оценки эффективности проводимой терапии, а также определения необходимого объема и стоимости медицинской помощи.

Цель настоящего исследования – изучить влияние транснозологической ПМ (ТПМ) на различные компоненты КЖ у пациентов терапевтической клиники.

Материал и методы

На базе терапевтического отделения клинической ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины» (ФИЦ ФТМ) выполнено наблюдательное аналитическое поперечное (одномоментное) исследование. Проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование 116 пациентов общетерапевтического профиля (35 мужчин, 81 женщина), жителей Новосибирска, Новосибирской области и Западно-Якутского промышленного района в возрасте 20–75 лет ($54,43 \pm 2,58$ года), находившихся на обследовании и лечении в терапевтическом отделении клинической ФИЦ ФТМ. Все включенные в обследование лица дали информированное согласие на участие в исследовании, которое соответствовало этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека».

Верификация диагнозов осуществлялась в условиях стационара с использованием современных методов клинической, функциональной и лабораторной диагностики. Учитывались все выявленные диагнозы в виде нозологических форм и классов МКБ-10. ТПМ оценивали по среднему количеству нозологий, соответствующих трехзначной рубрикации МКБ-10.

Для оценки количества и тяжести хронических заболеваний в структуре ТПМ использовали систему CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) [22]. Оценку показателей HRQoL проводили с применением валидизированного опросника MOS-SF-36 [23, 24], в котором 36 пунктов сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH).

Все вышеперечисленные шкалы формируют психический и физический компоненты здоровья и интегральный показатель КЖ.

В зависимости от степени выраженности ТПМ были сформированы три группы пациентов – с низким (1–3 заболевания, $n = 42$), средним (4–5 заболеваний, $n = 52$) и высоким уровнем ТПМ (6 заболеваний и более, $n = 22$). Группы были сопоставимы по возрасту и полу (табл. 1).

Результаты представлены в виде среднего арифметического и стандартной ошибки среднего арифметического ($M \pm m$) или частоты случаев и встречаемости признака ($n, \%$). Значимость различий между группами по величине ТПМ определяли с использованием t-критерия Стьюдента, по частоте нозологических классов – с помощью z-критерия с поправкой Бонферрони, по показателям КЖ – с помощью теста Ньюмена – Кейлса. Различия считались статистически значимыми при 5 %-м уровне значимости ($p < 0,05$). Корреляционный анализ проводили непараметрическим методом по Спирмену, коэффициенты корреляции считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

На первом этапе исследования проведен анализ структуры ТПМ (частоты встречаемости отдельных заболеваний) в выделенных группах. Выявлено, что у пациентов в группах с более высоким уровнем ТПМ чаще, чем у больных с низким уровнем ТПМ, встречаются заболевания сердца и сосудов, а также заболевания эндокринной системы и нарушения метаболизма (табл. 2). По частоте встречаемости других заболеваний группы значимо не различались.

Сравнительный анализ показателей HRQoL позволил обнаружить статистически значимые различия между группами по большинству показателей, характеризующих КЖ (табл. 3). Наибольшее число различий выявлено между 1-й и 2-й группами. Параметры шкал физического функционирования, отражающие влияние состояния здоровья на выполнение физических нагрузок, у больных 2-й и 3-й групп были значимо

Таблица 1. Характеристика больных с разным уровнем ТПМ

Table 1. Characterization of patients with different levels of transnosological multimorbidity

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3	p		
				(1-2)	(1-3)	(2-3)
Количество мужчин, n (%)	12 (29)	16 (31)	7 (32)	1,0000	1,0000	1,0000
Количество женщин, n (%)	30 (71)	36 (69)	15 (68)	1,0000	1,0000	1,0000
Возраст, лет	$48,10 \pm 2,57$	$53,91 \pm 2,08$	$56,40 \pm 2,66$	0,1087	0,0586	0,4884
ТПМ	$2,50 \pm 0,10$	$4,40 \pm 0,07$	$6,77 \pm 0,34$	0,0001	0,0001	0,0001

Таблица 2. Частота встречаемости отдельных заболеваний у больных с разным уровнем ТПМ, n (%)**Table 2.** The frequency of occurrence of certain diseases in patients with different levels of transnosologic multimorbidity, n (%)

Показатель (наличие заболевания)	Группа 1	Группа 2	Группа 3	P		
				(1-2)	(1-3)	(2-3)
Сердца	5 (12)	22 (42)	8 (36)	0,0036	0,0627	1,0000
Сосудов	5 (12)	15 (29)	9 (41)	0,1377	0,0231	0,9333
Крови	1 (2)	1 (2)	3 (14)	1,0000	0,2316	0,1245
Органов дыхания	2 (5)	4 (8)	3 (14)	1,0000	0,6261	1,0000
Органов чувств	2 (5)	0 (0)	2 (9)	0,3354	1,0000	0,0825
Верхних отделов ЖКТ	27 (64)	26 (50)	14 (64)	0,4944	1,0000	0,8457
Нижних отделов ЖКТ	1 (2)	6 (12)	4 (18)	0,2778	0,0759	1,0000
Печени	1 (2)	2 (4)	2 (9)	1,0000	0,6831	1,0000
Почек	1 (2)	3 (6)	2 (9)	1,0000	0,6831	1,0000
Мочеполовой системы	1 (2)	3 (6)	3 (14)	1,0000	0,2316	0,7710
Органов опорно-двигательного аппарата и кожи	19 (45)	31 (60)	11 (50)	0,4944	1,0000	1,0000
ЦНС и периферической нервной системы	3 (7)	6 (12)	4 (18)	1,0000	0,5367	1,0000
Эндокринной системы и нарушений метаболизма	0 (0)	7 (13)	3 (14)	0,0405	0,0426	1,0000
Психической сферы	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1,0000	1,0000	1,0000

Таблица 3. Показатели КЖ (по опроснику SF-36) у больных с разным уровнем ТПМ**Table 3.** Average indicators of QoL (according to the questionnaire SF-36) in patients with different levels of transnosologic multimorbidity

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3	P		
				(1-2)	(1-3)	(2-3)
Физическое функционирование (PF)	78,81 ± 2,87	62,10 ± 4,11	57,50 ± 5,66	0,0076	0,0022	0,4553
Рольное функционирование (RP)	52,98 ± 6,39	39,44 ± 5,76	39,77 ± 9,11	0,3785	0,1953	0,9741
Интенсивность боли (BP)	56,45 ± 3,53	50,27 ± 3,65	48,77 ± 5,74	0,3152	0,4246	0,8076
Общее состояние здоровья (GH)	64,37 ± 2,73	55,75 ± 2,59	55,27 ± 3,01	0,0453	0,0870	0,9110
Жизненная активность (VT)	57,56 ± 2,85	41,35 ± 2,72	49,55 ± 3,46	0,0015	0,0789	0,0724
Социальное функционирование (SF)	71,70 ± 3,02	58,40 ± 2,74	62,57 ± 4,55	0,0196	0,0626	0,3931
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	64,29 ± 6,36	40,35 ± 5,67	45,42 ± 7,12	0,0386	0,0532	0,6003
Психическое здоровье (MH)	62,73 ± 3,08	50,62 ± 2,79	55,27 ± 3,80	0,0331	0,1207	0,3309
Физический компонент здоровья	58,45 ± 3,30	43,98 ± 2,87	43,09 ± 4,87	0,0061	0,0102	0,8645
Психический компонент здоровья	63,36 ± 3,35	48,89 ± 2,69	53,34 ± 3,32	0,0083	0,0376	0,3515
Интегральный показатель качества жизни	59,66 ± 3,11	46,01 ± 2,58	48,21 ± 3,47	0,0093	0,0134	0,6287

меньше, чем у пациентов 1-й группы (на 21,2 и 27,0 % соответственно). Таким образом, физическая активность обследованных со средним и высоким уровнем ТПМ была в значительно большей степени ограничена состоянием их здоровья, чем у лиц с низким уровнем ТП. Показатель GH, отражающий общую оценку состояния своего здоровья пациентом, и показатель жизненной активности были ниже у больных 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й группы на 13,4 и 28,2 % соответственно, т.е. уменьшались с ростом ТПМ.

Показатель социального функционирования, обусловленный влиянием физического состояния на выполнение социальных функций, у больных 2-й группы был на 18,5 % ниже, чем у пациентов 1-й группы. Таким образом, социальное функционирование лиц с более высоким уровнем ТПМ было в значительно большей степени ограничено их физическим состоянием, чем это отмечалось у обследованных с низким уровнем ТПМ. Показатель ролевого эмоционального реагирования, предполагающий оценку влияния эмоционального состояния на выполнение работы или другой повседневной деятельности, у больных 2-й группы также был меньше, чем у пациентов 1-й группы (на 37,2 %), указывая на то, что повседневная деятельность лиц с более высоким уровнем ТПМ в значительно большей степени ограничена их эмоциональным состоянием, чем у обследованных с низким уровнем ТПМ. Показатель психического здоровья у больных 2-й группы был ниже, чем у пациентов 1-й группы (на 19,3 %), свидетельствуя о снижении его уровня с увеличением степени ТПМ.

Группы значимо различались по величине интегральных показателей физического компонента КЖ, которая уменьшалась с увеличением степени ТПМ. Физический компонент КЖ у больных 2-й и 3-й группы был значимо меньше, чем у пациентов 1-й группы (на 24,8 и 26,3 % соответственно). Интегральный показатель психического компонента КЖ также был меньше (на 22,8 и 15,8 % соответственно), равно как и интегральные результирующие показатели КЖ (на 22,9 и 19,2 %). Таким образом, как интегральные показатели физического и психического компонентов здоровья, так и КЖ в целом были значимо хуже у больных со средним и высоким уровнем ТПМ в сравнении с пациентами с низким уровнем ТПМ.

Корреляционный анализ показателей КЖ с показателями ТПМ и степени выраженности заболеваний и нарушений отдельных органов и систем организма (по CIRS) показал, что выраженность ТПМ была значимо обратно связана с большинством показателей КЖ, а также с инте-

гральными характеристиками КЖ (физическим и психическим компонентами здоровья и результирующим показателем КЖ) (табл. 4). Выявлены значимые обратные корреляционные связи между отдельными заболеваниями и нарушениями органов и систем с различными составляющими КЖ: между уровнем физического функционирования, а также уровнем общего здоровья, и заболеваниями сердца и сосудов; между уровнем жизненной активности и заболеваниями нервной и эндокринной систем; между уровнем социального функционирования и заболеваниями печени и эндокринной системы; между ролевым эмоциональным реагированием и заболеваниями печени и нарушениями психической сферы. Физический компонент здоровья был связан обратной корреляционной зависимостью с выраженностью нарушений мочеполовой сферы и нарушениями эндокринной системы и метаболизма, психический – с заболеваниями печени и нарушениями эндокринной системы и метаболизма. Обратная корреляционная связь отмечалась между интегральным показателем КЖ и степенью выраженности нарушений эндокринной системы и метаболизма.

Обсуждение

В настоящем исследовании установлена связь снижения КЖ с увеличением степени ТПМ. Полученные нами результаты согласуются с данными других исследователей, указывающих на связь ПМ с уменьшением КЖ [8, 15–21]. Нами показано, что относительно высокие показатели КЖ наблюдаются лишь у больных с низким уровнем ТПМ, а уже при условно среднем уровне ПМ (при наличии 4–5 сочетанных заболеваний) показатели основных шкал, а также результирующие компоненты КЖ значимо ухудшаются, оставаясь на низком уровне и при дальнейшем увеличении степени ПМ (более 5 сочетанных заболеваний).

Известно, что КЖ оценивается в различных доменах: физическое, психическое, социальное благополучие, восприятие боли, ролевое физическое и эмоциональное реагирование и др. Проведенный в данном исследовании корреляционный анализ подтвердил наличие связи увеличения ТПМ со снижением как интегрального показателя КЖ, так и показателей большинства доменов и составляющих КЖ.

Анализ зависимости между отдельными заболеваниями и нарушениями органов и систем и различными составляющими КЖ показал, что снижение физического функционирования наиболее тесно связано с заболеваниями сердца и сосудов, а в нарушениях других компонентов КЖ

Таблица 4. Корреляционные связи (r) компонентов КЖ (по SF-36) с показателями ПМ и степени нарушения функций органов и систем (по CIRS)
Table 4. Correlations (r) between components of quality of life (according to SF-36) with indicators of multimorbidity and the degree of impaired function of organs and systems (according to CIRS)

Показатель	PF	RF	BP	GH	VT	SF	RE	MH	ФКЗ	ПКЗ	КЖ
ТПМ	-0,33***	-0,10	-0,13	-0,20*	-0,21*	-0,20*	-0,17	-0,16	-0,26**	-0,20*	-0,22*
НЗ сердца	-0,25**	-0,02	0,01	-0,19*	-0,11	-0,05	-0,10	-0,11	-0,05	-0,11	-0,07
НЗ сосудов	-0,19*	-0,06	-0,03	-0,11	0,09	-0,03	-0,07	0,03	-0,12	-0,04	-0,07
НЗ крови	-0,09	-0,06	-0,17	-0,09	-0,09	-0,03	0,01	-0,03	-0,15	-0,05	-0,11
НЗ органов дыхания	-0,10	-0,01	0,12	0,03	0,06	-0,08	-0,03	0,09	0,05	0,02	0,08
НЗ органов чувств	0,05	0,07	0,08	-0,02	0,12	0	0,05	0,08	0,05	0,06	0,06
НЗ верхних отделов ЖКТ	0,13	0	0,01	0,09	0,09	0,15	0,16	-0,03	0,04	0,13	0,07
НЗ нижних отделов ЖКТ	-0,05	0,02	-0,08	-0,23*	0,02	0	0,07	0,06	-0,03	0,04	0,04
НЗ печени	-0,03	-0,02	-0,04	0,03	-0,10	-0,28**	-0,30**	-0,12	-0,07	-0,24**	-0,14
НЗ почек	-0,05	-0,05	0,10	-0,08	-0,05	-0,16	-0,10	0	-0,01	-0,11	-0,08
НЗ мочеполовой системы	-0,29	-0,15	-0,06	-0,08	-0,06	-0,13	-0,15	-0,02	-0,19*	-0,11	-0,14
НЗ органов опорно-двигательного аппарата и кожи	-0,09	0,11	-0,09	-0,03	-0,07	0,10	-0,05	-0,09	-0,10	-0,05	-0,11
НЗ ЦНС и периферической нервной системы	0,06	-0,10	-0,16	0,04	-0,19*	-0,04	-0,09	-0,11	-0,15	-0,09	-0,12
Наличие эндокринных и метаболических нарушений	-0,28	-0,14	-0,18	-0,15	-0,25**	-0,23*	-0,18	-0,27**	-0,20*	-0,28**	-0,26***
Наличие нарушений психической сферы	-0,09	-0,14	-0,15	-0,16	-0,08	-0,13	-0,20*	-0,06	-0,18	-0,17	-0,17

Примечание. НЗ – наличие заболеваний; ФКЗ – физический компонент здоровья; ПКЗ – психический компонент здоровья; обозначены статистически значимые величины коэффициентов корреляции: * – при $p < 0,05$, ** – при $p < 0,01$.

наибольший вклад вносили эндокринные нарушения и расстройства метаболизма. Полученные результаты перекликаются с исследованиями J. Gu et al. [20], установивших, что паттерн ПМ в виде метаболических расстройств связан со снижением КЖ, включая общее состояние здоровья, физическую функцию, способность к самообслуживанию и социальную адаптивность. Можно предположить, что нарушения метаболизма служат ключевыми патогенетическими звеньями в развитии полиморбидной патологии.

В нашем исследовании также выявлены значимые связи между рядом составляющих КЖ (социального функционирования, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием реагирования, интегрального психического компонента здоровья) и ухудшением функции печени. Ранее нами показано, что при наличии заболеваний печени (неалкогольной жировой болезни печени) повышение уровня ПМ сопряжено с метаболическими нарушениями липидного, углеводного и пуринового обменов [25]. Вероятно, и в данном случае дисфункция печени может быть связана с множественными нарушениями метаболизма, ведущими к прогрессированию ПМ.

В ряде работ показана связь снижения КЖ с психическими нарушениями, в частности, с тревогой и депрессией [19, 21]. Нами также выявлена обратная связь между психическими нарушениями и ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием.

Сильные стороны исследования. В большинстве проведенных ранее исследований связи ПМ с КЖ были обследованы пациенты амбулаторного звена или общей популяции, оценка как КЖ, так и ПМ проводилась с применением опросников, методом самоотчета. В настоящую работу включены пациенты, находящиеся в стационаре, оценка ПМ выполнялась на основе диагностики сочетанных заболеваний врачами с применением современных лабораторных и инструментальных методов исследования и, соответственно, была более объективна.

Практическая значимость. Исследование КЖ при ПМ тесно связано с дальнейшим определением необходимого объема медицинской помощи и направлено на обеспечение лучшего понимания взаимодействия заболеваний, создание различных моделей множественной заболеваемости, что имеет важные последствия для политики здравоохранения (планирование потенциала рабочей силы, распределение ресурсов) и клинического управления. Изучение закономерностей связей ПМ с КЖ также дает информацию о планировании вмешательств для удовлетворения потребностей

пациентов с ПМ. Целевые, комплексные стратегии общественного здравоохранения и клинические методы борьбы с хроническими заболеваниями должны основываться на понимании моделей множественной заболеваемости, это улучшит КЖ уязвимых полиморбидных пациентов.

Заключение

В настоящей работе показано, что увеличение степени ТПМ у пациентов терапевтической клиники значимо связано со снижением основных показателей КЖ, физического, психического компонентов здоровья. Наибольший вклад в ухудшение КЖ у полиморбидных пациентов вносят эндокринные заболевания и нарушения метаболизма.

Список литературы / References

1. Marengoni A., Angleman S., Melis R., Mangialasche F., Karp A., Garmen A., Meinow B., Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011; 10 (4): 430–439. doi: 10.1016/j.arr.2011.03.003
2. Kim K.I., Lee J.H., Kim C.H. Impaired health-related quality of life in elderly women is associated with multimorbidity: results from the Korean National Health and nutrition examination survey. *Gender Med.* 2012; 5: 309–318. doi: 10.1016/j.genm.2012.08.001
3. Lefèvre T., d'Ivernois J.F., de Andrade V., Crozet C., Lombrail P., Gagnayre R. What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Rev. Epidemiol. Sante.* 2014; 62 (5): 305–314. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.002
4. Wittenberg R. The challenge of measuring multimorbidity and its costs. *Isr. J. Health Policy.* 2015; 4: 1. doi: 10.1186/2045-4015-4-1
5. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 544 с.
Belyalov F.I. Treatment of internal diseases in terms of comorbidity. Moscow: GEOTAR-Media, 2016. 544 p. [In Russian].
6. Fortin M., Bravo G., Hudon C., Lapointe L., Almirall J., Dubois M.F., Vanasse A. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual. Life Res.* 2006; 15 (1): 83–91. doi: 10.1007/s11136-005-8661-z
7. Williams J.S., Egede L.E. The association between multimorbidity and quality of life, health status and functional disability. *Am. J. Med. Sci.* 2016; 352 (1): 45–52. doi: 10.1016/j.amjms.2016.03.004
8. Shad B., Ashouri A., Hasandokht T., Rajati F., Salari A., Naghshbandi M., Mirbolouk F. Effect of

multimorbidity on quality of life in adult with cardiovascular disease: a cross-sectional study. *Health Qual. Life. Out.* 2017; 15 (1): 240. doi: 10.1186/s12955-017-0820-8

9. Мальчикова С.В., Максимчук-Колобова Н.С., Казаковцева М.В. Влияние полиморбидности у пожилых больных с фибрилляцией предсердий на «стоимость болезни». *Фармакоэкономика. Соврем. фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.* 2019; 12 (3): 191–199. doi: 10.17749/2070-4909.2019.12.3.191-199

Mal'chikova S.V., Maksimchuk-Kolobova N.S., Kazakovceva M.V. The effect of polymorbidity in elderly patients with atrial fibrillation on the «cost of the disease». *Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya = Farmakoekonomika. Modern Pharmacoeconomic and Pharmacoepidemiology.* 2019; 12 (3): 191–199. [In Russian]. doi: 10.17749/2070-4909.2019.12.3.191-199

10. Menotti A., Mulder I., Nissinen A., Giampaoli S., Feskens E.J., Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: the FINE study (Finland, Italy, Netherlands, elderly). *J. Clin. Epidemiol.* 2001; 54 (7): 680–686. doi: 10.1016/S0895-4356(00)00368-1

11. Gijzen R., Hoeymans N., Schellevis F.G., Ruwaard D., Satariano W.A., van den Bos G.A. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J. Clin. Epidemiol.* 2001; 54 (7): 661–674. doi: 10.1016/S0895-4356(00)00363-2

12. Wang L., Palmer A.J., Cocker F., Sander-son K. Multimorbidity and health-related quality of life (HRQoL) in a nationally representative population sample: implications of count versus cluster method for defining multimorbidity on HRQoL. *Health Qual. Life Out.* 2017; 15 (1): 7. doi: 10.1186/s12955-016-0580-x

13. de Smedt D, Clays E., Annemans L., Doyle F., Kotseva K., Pajak A., Prugger C., Jennings C., Wood D., de Bacquer D. Health related quality of life in coronary patients and its association with their cardiovascular risk profile: results from the EUROASPIRE III survey. *Int. J. Cardiol.* 2013; 168 (2):8 98–903. doi: 10.1016/j.ijcard.2012.10.053

14. National Guideline Centre (UK). Multimorbidity: assessment, prioritisation and management of care for people with commonly occurring multimorbidity. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2016.

15. De Souza Santos Machado V., Valadares A.L., da Costa-Paiva L.S., Moraes S.S., Pinto-Neto A.M. Multimorbidity and associated factors in Brazilian women aged 40 to 65 years: a population-based study. *Menopause.* 2012; 19 (5): 569–575. doi: 10.1097/gme.0b013e3182455963

16. Agborsangaya C.B., Lau D., Lahtinen M., Cooke T., Johnson J.A. Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: results of

a cross-sectional survey. *Qual. Life Res.* 2013; 22 (4): 791–799. doi: 10.1007/s11136-012-0214-7

17. N'Goran A.A., Deruaz-Luyet A., Haller D.M., Zeller A., Rosemann T., Streit S., Herzig L. Comparing the self-perceived quality of life of multimorbid patients and the general population using the EQ-5D-3L. *PLoS One.* 2017; 12: e0188499. doi: 10.1371/journal.pone.0188499

18. Amaral T.L.M., Amaral C.A., Lima N.S., Herculano P.V., Prado P.R.D., Monteiro G.T.R. GTR3. Multimorbidity, depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guiomard, Acre, Brazil. *Cienc. Saude Coletiva.* 2018; 23 (9): 3077–3084. doi: 10.1590/1413-81232018239.22532016

19. Kanesarajah J., Waller M., Whitty J.A., Mishra G.D. Multimorbidity and quality of life at mid-life: A systematic review of general population studies. *Maturitas.* 2018; 109: 53–62. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.12.004

20. Gu J., Chao J., Chen W., Xu H., Zhang R., He T., Deng L. Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2018; 74: 133–140. doi: 10.1016/j.archger.2017.10.019

21. Sum G., Salisbury C., Koh G.C., Atun R., Oldenburg B., McPake B., Vellakkal S., Lee J.T. Implications of multimorbidity patterns on health care utilisation and quality of life in middle-income countries: cross-sectional analysis. *J. Glob. Health.* 2019; 9 (2): 020413. doi: 10.7189/jogh.09.020413

22. de Groot V., Beckerman H., Lankhorst G.J., Bouter L.M. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J. Clin. Epidemiol.* 2003; 56 (3): 221–229. doi: 10.1016/s0895-4356(02)00585-1

23. Sf-36 Health Survey: Manual and interpretation guide. Eds. J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek Massachusetts: The Health Institute, 2000. 23 p.

24. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМАПРЕСС, 2007. 320 с.

Novik A.A., Ionova T.I. Guide to the study of quality of life in medicine. Moscow: OLMAPRESS, 2007. 320 p. [In Russian].

25. Севостьянова Е.В., Николаев Ю.А., Митрофанов И.М., Поляков В.Я. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных неалкогольной жировой болезнью печени при полиморбидности. *Кардиоваскуляр. терапия и профилактика.* 2019; 18 (5): 74–79. doi: 10.15829/1728-8800-2019-5-74-79

Sevost'yanova E.V., Nikolaev Yu.A., Mitrofanov I.M., Polyakov V.Ya. Risk factors for cardiovascular disease in patients with non-alcoholic fatty liver disease with multimorbidity. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2019; 18 (5): 74–79. [In Russian]. doi: 10.15829/1728-8800-2019-5-74-79

Сведения об авторах:

Евгения Викторовна Севостьянова, к.м.н., ORCID: 0000-0003-1132-3801, e-mail: luck.nsk@rambler.ru

Юрий Алексеевич Николаев, д.м.н., ORCID: 0000-0002-1690-6080, e-mail: nicol@centercem.ru

Игорь Михайлович Митрофанов, д.м.н., ORCID: 0000-0003-2032-9738, e-mail: mim@mail.ru

Владимир Яковлевич Поляков, д.м.н., ORCID: 0000-0002-9606-2331, e-mail: vpolyakov15@mail.ru

Юлия Владимировна Мелихова, e-mail: niiekм@yandex.ru

Information about the authors:

Evgeniya V. Sevostyanova, candidate of medical sciences, ORCID: 0000-0003-1132-3801,

e-mail: luck.nsk@rambler.ru

Yury A. Nikolaev, doctor of medical sciences, ORCID: 0000-0002-1690-6080 e-mail: nicol@centercem.ru

Igor M. Mitrofanov, doctor of medical sciences, ORCID: 0000-0003-2032-9738, e-mail: mim@mail.ru

Vladimir Ya. Polyakov, doctor of medical sciences, ORCID: 0000-0002-9606-2331, e-mail: vpolyakov15@mail.ru

Julia V. Melikhova, e-mail: niiekм@yandex.ru

Поступила в редакцию 03.09.2020

После доработки 28.10.2020

Принята к публикации 18.11.2020

Received 03.09.2020

Revision received 28.10.2020

Accepted 18.11.2020