

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-03-06>

## Коморбидность и полипрагмазия в практике врача-терапевта

**Э.И. Полозова**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**В.В. Скворцов**<sup>2</sup>, доктор медицинских наук,  
**С.В. Аксенова**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**Д.А. Зиняков**<sup>1</sup>,  
**Т.М. Левина**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**Н.С. Нефедов**<sup>1</sup>,  
**М.А. Нарваткина**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск

<sup>2</sup>Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России  
**E-mail:** vskvortsov1@ya.ru

*Высокая распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы и их патофизиологическая ассоциация с различными коморбидными состояниями способствует прогрессивному росту пациентов с сочетанием нескольких заболеваний. Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лечебно-диагностической и профилактической тактики. Коморбидный пациент представляет собой серьезную проблему для любого клинициста, поскольку в данном случае необходимо учитывать несколько составляющих терапии, что затрудняет контроль эффективности проводимого лечения, способствует увеличению полипрагмазии, вероятности развития местных и системных побочных эффектов лекарственных препаратов, а также снижает приверженность терапии. Лечение коморбидных расстройств диктует необходимость тщательного соблюдения требований рациональной фармакотерапии, высокого клинического профессионализма и широкого круга знаний в области смежных специальностей. Статья посвящена представлению и обсуждению клинического случая коморбидного пациента в практике врача-терапевта. Приведены этапы выполненного диагностического поиска с верификацией клинического диагноза и тактика назначенной фармакотерапии. На основании представленных данных показано, что в условиях коморбидности врачу трудно избежать полипрагмазии. С подобными трудностями ежедневно встречается любой клиницист независимо от клинического опыта и осведомленности в области медицинской науки.*

**Ключевые слова:** терапия, коморбидность, полипрагмазия, клинический случай, диагностика, лечение.

**Для цитирования:** Полозова Э.И., Скворцов В.В., Аксенова С.В. и др. Коморбидность и полипрагмазия в практике врача-терапевта. Врач. 2021; 32 (3): 34–39. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-03-06>

Важнейшим направлением медицинской деятельности первой половины XXI века ВОЗ определила профилактику и лечение хронических заболеваний. Это связано в первую очередь с многочисленными исследованиями в разных областях медицины и, конечно, с возросшим числом осложнений и летальных исходов хронических заболеваний [1].

В XX веке медицина в основном была направлена на диагностику и лечение отдельных заболеваний; очень мало исследований было посвящено коморбидным пациентам. В настоящее время все большее число пациентов с хроническими заболеваниями являются коморбидными [2, 3].

Проблема коморбидности становится особенно актуальной в условиях демографического старения населения [4]. За последние годы возросло число исследований, посвященных особенностям диагностики и лечения сочетанной патологии, особенно у лиц пожилого и старческого возраста [5]. Так, показано, что если в возрасте 50–59 лет 36% пациентов имеют 2–3 заболевания, то в возрасте 60–69 лет уже у 41% пациентов обнаруживаются до 4–5 заболеваний; в возрасте 75 лет и старше – 66% имеют >5 заболеваний. Наличие у пациента коморбидных заболеваний способствует увеличению длительности трудопотерь и стационарного лечения, повышает риск инвалидизации, затрудняет проведение реабилитации, увеличивает число осложнений после хирургических вмешательств, уменьшает продолжительность жизни [6–9].

Лечение пациентов с коморбидностью в настоящее время является приоритетной и сложной задачей. С одной стороны, зачастую эффективное лечение одного заболевания помогает оптимизировать лечение другого заболевания, с другой – различные схемы лечения могут утяжелять течение разных заболеваний. Современные клинические рекомендации в основном разработаны так, как будто пациенты имеют одно заболевание. Для того чтобы лечить коморбидного больного, лечащие врачи должны сочетать все клинические рекомендации, разработанные для каждого конкретного заболевания, а это приводит к полипрагмазии и большим затратам времени и экономических средств [10]. Существенными недостатками полипрагмазии являются:

- одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов (ЛП), что делает невозможным полный контроль над эффективностью назначенной терапии;
- снижение комплаентности;
- неблагоприятное лекарственное взаимодействие (увеличение вероятности развития местных и системных побочных эффектов ЛП);
- формирование «порочного круга».

В связи с необходимостью назначения нескольких ЛП разработаны негласные правила политерапии:

- только то, что нужно;
- только от того, что беспокоит;
- только то, что доказано;
- только то, что снижает риск летальности;
- применение адьювантных средств.

С учетом сложности курации пациентов с коморбидностью существует концепция «индивидуального подхода к пациенту», которая всегда должна определять тактику их ведения [11].

Основными принципами этой концепции являются биопсихосоциальная модель болезни, ключевая роль основных ценностей и приоритетов пациентов, отношения между врачом и пациентом, обеспечивающие совместное принятие решений и скоординированный подход к междисциплинарной помощи. Этот подход учитывает индивидуальные потребности человека, его предпочтения в отношении лечения, приоритеты для здоровья и образ жизни и, по возможности, рассматривать немедикаментозное лечение как альтернативу медикаментозному.

Кроме данной концепции, для реализации индивидуального подхода к ведению коморбидных пациентов экспертами в 2014 г. сформулирован и предложен для практики «принцип Ариадны», который, как нить Ариадны, помогает выйти из лабиринта сложной клинической ситуации и представляет основные элементы непрерывного процесса консультирования для пациентов с коморбидностью на уровне первичной медицинской помощи [11, 12]. Центральное место в процессе занимает совместный выбор реалистичных целей лечения врачом и пациентом на данном этапе заболевания. Для выбора цели лечения врач должен сопоставить приоритеты пациента и его родственников или опекунов (выживание, независимость, обезболивание и облегчение симптомов, потребность в паллиативной помощи) с предпочтениями врача и принять общее решение с пациентом. При выборе метода лечения приходится взвешивать ожидаемые выгоды от лечения и возможные недостатки и вред, учитывая весь спектр заболеваний пациента, его предпочтения и ожидаемую продолжительность жизни. После достижения поставленной цели выдвигаются новые задачи, которые решаются постепенно, шаг за шагом, при тесном сотрудничестве врача и пациента [13–16].

Представляем анализ клинического случая коморбидного больного в практике врача-терапевта.

**Пациент М.**, 63 лет, госпитализирован в плановом порядке 17.07.20 в терапевтическое отделение ГБУЗ РМ «Республиканской клинической больницы (РКБ) №5» (Саранск) с диагнозом: **основное заболевание** – ИБС; стенокардия напряжения 3-го функционального класса (ФК); постинфарктный (2011, 2013) кардиосклероз.

**Осложнения:** нарушение ритма по типу постоянной тахисистолической формы фибрилляции предсердий, желудочковой экстрасистолии; нарушение проводимости по типу полной блокады левой ножки пучка Гиса, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIБ стадии, 3-го ФК; сердечная астма; застойная печень.

**Сопутствующие заболевания:** гипертоническая болезнь III степени, риск 4; гипертоническая ангиопатия сетчат-

ки; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), смешанный тип; стадия нестойкой ремиссии; дыхательная недостаточность (ДН) II степени; гипостатическая пневмония; сахарный диабет (СД) типа 2; диабетическая полинейроэнцефалопатия; диабетическая ангиопатия нижних конечностей; диабетическая нефропатия; хроническая болезнь почек (ХБП) С3а стадии; целевой уровень HbA1c < 8,0%; трофические язвы левой голени; ожирение 2-й степени.

**Жалобы** на одышку при незначительной физической нагрузке, отеки на ногах, увеличение живота в объеме, общую слабость, периодические давящие боли в области сердца, возникающие при незначительной физической нагрузке, купируемые приемом нитроглицерина.

Из анамнеза заболевания известно о дебюте гипертонической болезни и ИБС в 2011 г. Перенес острый инфаркт миокарда (ОИМ) в 2011 и 2013 гг. Ухудшение состояния в течение 3 нед, когда появились указанные жалобы. За медицинской помощью не обращался. 17.07.20 вызвал бригаду скорой медицинской помощи, доставлен в ГБУЗ РМ «РКБ №5».

Среди сопутствующих заболеваний – СД (принимает гликлазид 30 мг 2 раза в день, метформин 850 мг 2 раза в день), ХОБЛ, ХБП, ожирение. Наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) отягощена по материнской линии. Вредные привычки: курит (1 пачка в день с 1977 г.).

Объективно при поступлении (рис. 1): общее состояние средней степени тяжести; сознание ясное; тип конституции – гиперстенический, с преимущественным отложением подкожно-жировой клетчатки в области живота; повышенного питания; рост – 165 см, масса тела – 90 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 33 кг/м<sup>2</sup>; температура тела – 36,7°C; кожные покровы уме-



**Рис. 1.** Пациент М., 63 лет: а – гиперстенический тип конституции; б – отек верхней трети левой голени; в – трофические изменения кожи голени и стоп  
**Fig. 1.** Patient M. aged 63 years: а – a hypersthenic body type; б – edema of the upper third of the left leg; в – trophic changes in the legs and feet

ренной влажности, с желтушным оттенком; периферические лимфатические узлы не увеличены; в зеве – спокойно; отеки стоп, голеней, нижней трети бедер; трофические изменения кожи голени и стоп.

При сравнительной перкуссии легких – перкуторный звук ясный, легочный, по всем легочным полям. При аускультации легких – дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон, частота дыхательных движений (ЧДД) – 24 в минуту.

При перкуссии сердца – границы относительной сердечной тупости: правая – в IV межреберье на 3 см снаружи от правого края грудины, верхняя – на уровне III ребра по левой парастернальной линии, левая – в V межреберье по левой передней подмышечной линии. При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритм неправильный, частота сердечных сокращение (ЧСС) – 88 в минуту; АД – 130/80 мм рт. ст.

Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области – отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

Результаты общеклинических лабораторных методов исследования представлены в табл. 1–3.

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD – 59 мл/мин.

Мазок на коронавирус от 17.07.2020 – отрицательный.

Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий от 20.07.2020 – не обнаружено.

Гликемический профиль от 24.07.2020 – 8.00 – 7,1 ммоль/л, 12.00 – 9,1 ммоль/л, 16.00 – 9,1 ммоль/л, 20.00 – 10,0 ммоль/л.

Коагулограмма от 27.07.2020 – протромбиновый индекс – 98%, фибриноген – 390,0 мг/дл, международное нормализованное отношение (МНО) – 1,02, протромбиновое время – 13,3 с, протромбиновое отношение – 1,02.

**Результаты инструментальных методов исследования.** Рентгенограмма органов грудной клетки (ОГК) от 20.07.2020 – признаки застойной пневмонии; кардиомегалия (рис. 2).

ЭКГ от 18.07.20 – фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма с ЧСС 110 в минуту; вертикальное положение электрической оси сердца (ЭОС); одиночные желудочковые экстрасистолы; полная блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) (рис. 3).

ЭхоКГ от 21.07.2020 – уплотнение стенок аорты, кальциноз створок аортального клапана (АК) с признаками незначительного стенозирования

Общий анализ крови в динамике

Таблица 1

Complete blood count over time

Table 1

Дата	Показатель										
	СОЭ мм/ч	л., 10 <sup>9</sup> /л	эр., 10 <sup>12</sup> /л	Нб, г/л	тром., 10 <sup>9</sup> /л	эоз., %	базоф., %	нейтрофилы, %		лимф., %	мон., %
								палочко-ядерные	сегментоядерные		
20.07.20	9	6,1	4,2	135	160	1,0	0	1	60	25	8
24.07.20	23	6,6	4,66	130	241	0,9	0	0,5	65,5	26	7,7
27.07.20	22	6,93	4,49	132	230	1,4	0	2	59	29,3	10

**Примечание.** СОЭ – скорость оседания эритроцитов; л. – лейкоциты; эр. – эритроциты; Нб – гемоглобин; тром. – тромбоциты; эоз. – эозинофилы; базоф. – базофилы; лимф. – лимфоциты; мон. – моноциты.

Общий анализ мочи в динамике

Таблица 2

Clinical urinalysis over time

Table 2

Дата	Показатель									
	цвет	прозрачность	удельный вес, г/л	реакция	белок мг/л	соли	глюкоза	эпителиальные клетки, в поле зрения	лейкоциты, в поле зрения	эритроциты, в поле зрения
20.07.20	Желтый	Прозрачная	1010	Кислая	Отр.	–	–	0–2	1–2	0–1
24.07.20	Желтый	Прозрачная	1012	Кислая	Отр.	–	–	0–1	0–1	0–1
27.07.20	Желтый	Прозрачная	1012	Кислая	Отр.	–	–	0–1	1–2	0–1

Таблица 3

## Биохимический анализ крови в динамике

Table 3

## Biochemical blood analysis over time

Дата	Показатель												
	белок, г/л	альбумин, г/л	билирубин, мкмоль/л			креатинин мкмоль/л	мочевина ммоль/л	АЛТ, Ед/л	АСТ, Ед/л	ХС, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л
			общий	прямой	непрямой								
20.07.20	71	41,5	10,4	6,2	4,2	194	13,2	13	13	3,4	1,9	1,25	1,28
24.07.20	77,1	41,5	10,5	6,5	6,5	160	9,28	18	20	3,2	1,8	1,24	1,30
Дата	Серомукоид		СРБ, мг/л		Мочевая кислота мкмоль/л		Глюкоза, ммоль/л		ЩФ, Ед/л				
20.07.20	–		–		620		8,5		477				
24.07.20	–		–		600		8,0		453				

**Примечание.** АЛТ – аланинаминотрансфераза; АСТ – аспартатаминотрансфераза; ХС – холестерин; ТГ – триглицериды; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; СРБ – С-реактивный белок; ЩФ – щелочная фосфатаза.

ния; незначительная дилатация корня и восходящего отдела аорты; дилатация всех камер сердца; гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ); признаки умеренной легочной гипертензии; глобальная сократительная функция миокарда ЛЖ снижена (фракция выброса – ФВ – 36%).

УЗИ органов брюшной полости и почек от 23.07.2020: УЗ-признаки диффузных изменений структуры печени, гепатомегалии, диффузных изменений структуры поджелудочной железы, хронического холецистита, хронического пиелонефрита, микролитов в почках, метеоризма.

Цветное дуплексное сканирование (ЦДС) артерий и вен левой нижней конечности от 20.07.2020 – окклюзия поверхностной бедренной (ПБА) и правой коронарной (ПКА) артерии слева. УЗ-признаки перенесенного тромбоза глубоких вен левой голени. Проприодимость поверхностных вен на момент осмотра сохранена; лимфостаз обеих голеней.

Консультация хирурга от 21.07.2020 – облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей; посттромбофлебитический синдром нижних конечностей.

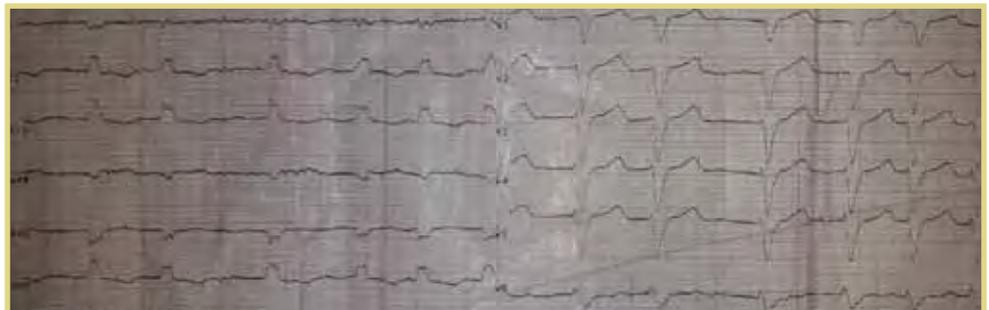
Консультация эндокринолога от 21.07.2020 – СД типа 2; диабетическая полинейроэнцефалопатия; диабетическая ангиопатия нижних конечностей; диабетическая нефропатия; ХБП С3а стадии; целевой уровень HbA1c < 8,0%; трофические язвы левой голени.

Консультация офтальмолога от 22.07.2020 – гипертоническая ангиопатия сетчатки.

**Проведено лечение:** лозартан 50 мг 1 раз в день утром; бисопролол 5 мг 1 раз в день; аторвастатин 10 мг – 1 раз в день на ночь; ацекардол 100 мг 1 раз в день вечером; верошпирон 75 мг 1 раз в день утром; дигоксин 250 мкг 1 раз в день утром 5 дней в неделю, 2 дня перерыв; капсулы урсосан 250 мг 2 раза в день; гликлазид 30 мг – 2 раза в день; метформин 850 мг 2 раза в день; фраксипарин 0,3 мл 1 раз в день подкожно; рибоксин 2% 10 мл внутривенно струйно; калия хлорид 3% 20 мл + магния сульфат 25% 5 мл + натрия хлорид 0,9% 100 мл внутривенно капельно 1 раз в день; фуросемид 1% 6 мл внутривенно струйно 1 раз в день; затем 4 мл – 1 раз в день; леспеприл 15 мг – 3 раза в день; ингаляционно формисонид-натив 80/4,5 мкг по 1 дозе 2 раза в день.



**Рис. 2.** Рентгенограмма органов грудной клетки пациента М., 63 лет  
**Fig. 2.** Chest X-ray in patient M. aged 63 years



**Рис. 3.** ЭКГ пациента М., 63 лет  
**Fig. 3.** ECG in patient M. aged 63 years

На фоне лечения самочувствие улучшилось, отеки существенно уменьшились, одышку в покое и в горизонтальном положении не отмечает. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано:

- наблюдение терапевта, кардиолога, эндокринолога, хирурга не реже 1 раза в 6 мес амбулаторно; ЦДС брахиоцефальных сосудов и сосудов нижних конечностей, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ 1 раз в год амбулаторно; анализ мочи на микроальбуминурию амбулаторно; контроль ЭКГ амбулаторно;
- контроль АД, ЧСС, уровня глюкозы крови, электролитов, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, СКФ амбулаторно через 2 нед, липиды крови, АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, ЩФ, гамма-глутамилтрансферазы через 1 мес; консультация уролога, нефролога по результатам анализов амбулаторно;
- диета с ограничением соли до 1,5 г, гипохолестериновая диета, гипоуглеводная диета; отказ от курения (!);
- лозартан 50 мг 1 раз в день утром; бисопролол 5 мг 1 раз в день; аторвастатин 10 мг 1 раз в день на ночь; ацекардол 100 мг 1 раз в день вечером; верошпирон 75 мг 1 раз в день утром; дигоксин 250 мкг 1 раз в день утром 5 дней в неделю, 2 дня перерыв; урсосан 250 мг 2 раза в день; гликлазид 30 мг 2 раза в день; метформин 850 мг 2 раза в день; раствор для приема внутрь леснефрил 15 мл 3 раза в день; аэрозоль формисонид 80/4,5 мг по 1 дозе 2 раза в день.

Представленный клинический случай демонстрирует коморбидного больного, являющегося примером классического пациента в практике врача-терапевта. Коморбидность пациента М., 63 лет, составляет по **индексу Charlson** – 8 баллов, что соответствует легкой степени тяжести (8 баллов из 40; прогностически неблагоприятной считается сумма баллов >5), по **системе CIRS-G** – 22 балла, что может быть расценено как средней степени тяжести (22 балла из 56); по **индексу Kaplan–Feinstein** – 21 балл, что относится к средней степени тяжести.

Проанализировав коморбидный статус пациента М., 63 лет, с помощью наиболее востребованных международных шкал оценки коморбидности, можно получить принципиально разные результаты. Их неоднозначность и противоречивость в определенной степени затрудняют суждение об истинной тяжести состояния пациента и осложняют назначение рациональной фармакотерапии имеющихся у него заболеваний. С подобными трудностями ежедневно

сталкивается любой клиницист, независимо от клинического опыта и осведомленности в области медицинской науки.

При рассмотрении схемы лечения данного пациента обращает внимание наличие комплексной терапии, включающей более 10 ЛП. Данная схема в условиях коморбидности оправдана, но остается открытым вопрос лекарственного взаимодействия среди всех компонентов данной терапии.

На примере данного клинического случая можно отметить следующее:

- ведение коморбидного пациента основано на порядках по профилю медицинской помощи, стандартах и клинических рекомендациях по отдельным заболеваниям и состояниям;
- правильная тактика ведения таких пациентов именно на этапе первичной медико-санитарной помощи позволяет предупредить развитие осложнений, инвалидизации, ранней смертности, снизить частоту госпитализаций, затраты на лечение, выполнить эффективную реабилитацию;
- трудности врача при формулировке диагноза коморбидного пациента, т.е. в МКБ-10 отсутствует специальный раздел коморбидности, однако в настоящее время выработаны определенные общие правила формулировки клинического диагноза в случае коморбидности;
- сложности при назначении ЛП коморбидным пациентам, так как такие пациенты наблюдаются разными специалистами, каждый из которых выписывает несколько препаратов для лечения заболевания по своему профилю, в связи с этим особое внимание лечащий врач должен уделять контролю безопасности проводимой фармакотерапии, для которых особенно актуальны проблемы лекарственного взаимодействия, побочных эффектов, полипрагмазии, комплаентности и т.д.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коморбидность представляет собой актуальную проблему современного общества.

Участковый терапевт для коморбидного пациента играет особую роль, являясь «врачом первого контакта» и в дальнейшем – лечащим врачом, несущим ответственность за его ведение. Сегодня в России разработана информационная база, дающая достаточно четкие ориентиры по ведению коморбидных пациентов. Такие пациенты требуют персонализированных подходов.

Правильная тактика ведения на этапе первичной медико-санитарной помощи позволяет поддерживать качество жизни пациента на достаточном уровне, экономически выгодно и способна предотвратить многие нежелательные медико-социальные последствия.

Полипрагмазия – одна из важнейших проблем в ведении коморбидных пациентов. Именно поэтому

стоит уделять большое внимание рациональной фармакотерапии, избегая нежелательных побочных реакций. Также это позволит проводить лучший контроль над эффективностью назначенной терапии не только основного, но и сопутствующих заболеваний.

Основной задачей в отношении коморбидности является первичная профилактика. Еще Гиппократ писал: «Болезни легче предупредить, чем лечить», а М.Я. Мудров отмечал: «Врачу нужно лечить не болезнь, а больного...».

\* \* \*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*Исследование не имело финансовой поддержки.*

## Литература/Reference

- Оганов Р.Г., Денисов И.Н., Симаненков В.И. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017; 16 (6): 5–56 [Oganov R.G., Denisov I.N., Simanenkov V.I. et al. Comorbidities in practice. Clinical guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017; 16 (6): 5–56 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-6-5-56>
- Арьева Г.Т., Советкина Н.В., Овсянникова Н.А. и др. Коморбидные и мультиморбидные состояния в гериатрии (обзор). *Успехи геронтологии*. 2011; 4: 612–9 [Arieva G.T., Sovetkina N.V., Ovsyannikova N.A. et al. Comorbid and multimorbid conditions in geriatrics (review). *Uspekhi gerontologii*. 2011; 4: 612–9 (in Russ.)].
- Ширинский В.С., Ширинский И.В. Коморбидные заболевания – актуальная проблема. *Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины*. 2014; 29 (1): 7–12 [Shirinsky V.S., Shirinsky I.V. Comorbid diseases as an important problem of clinical medicine. *The Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2014; 29 (1): 7–12 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2014-29-1-7-12>
- Процаев К.И., Рапопорт С.И., Жернакова Н.И. и др. Полиморбидность и старение. Клиническая нейро-иммуноэндокринология полиморбидных состояний у пациентов пожилого возраста. *Владикавказ мед-биол вестн*. 2010; 11 (18): 95–9 [Prashchayev K.I., Rapoport S.I., Zhernakova N.I. et al. Polymorbidity and ageing. The clinical neuroimmunoenocrinology of polymorbidity in seniors. *Vladikavkaz med-biol vestn*. 2010; 11 (18): 95–9 (in Russ.)].
- Nobrega T.C., Jaluul O., Machado A.N. et al. Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009; 64 (1): 45–50. DOI: 10.1590/s1807-59322009000100009
- Органов Р.Г., Драпкина О.М. Полиморбидность: закономерности формирования и принципы сочетания нескольких заболеваний у одного пациента. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2016; 15 (4): 4–9 [Oganov R.G., Drapkina O.M. Polymorbidity: specifics of co-development and concomitance of several diseases in one patient. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2016; 15 (4): 4–9 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2016-4-4-9>
- Верткин А.Л., Скотников А.С., Румянцев М.А. и др. Коморбидность: от истоков развития до современного понятия. Как оценить и прогнозировать. *Врач скорой помощи*. 2011; 4: 15–22 [Vyortkin A.L., Romyantsev M.A., Skotnikov A.S. et al. Comorbidity: from the start of development up to modern conception. How to estimate and prognosticate? *Vrach skoroi pomoshchi*. 2011; 4: 15–22 (in Russ.)].
- Fabbri E., Zoli M., Gonzalez-Freire M. et al. Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *J Am Med Dir Assoc*. 2015; 16 (8): 640–7. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.03.013
- Агафонова О.В., Булгакова С.В., Богданова Ю.В. и др. Поликлиническая терапия. Учебник. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2020 [Agafonova O.V., Bulgakova S.V., Bogdanova Yu.V. et al. Poliklinicheskaya terapiya. Uchebnik. 2-e izd., pererab. i dop. M., 2020 (in Russ.)]. DOI: 10.33029/9704-5545-6-PLT-2020-1-840
- Беляева Ю.Н., Карпов Ю.В. Подходы к тактике ведения пациентов с коморбидными состояниями. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2016; 6: 1295–300 [Belyaeva Yu.N., Karpov Yu.V. Podkhody k taktike vedeniya patients s komorbidnymi sostoyaniyami. *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2016; 6: 1295–300 (in Russ.)].
- Fitzgerald S.P., Bean N.G. An Analysis of the Interactions Between Individual Comorbidities and Their Treatments – Implications for Guidelines and Polypharmacy. *J Am Med Dir Assoc*. 2010; 11 (7): 475–84. DOI: 10.1016/j.jamda.2010.05.008
- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60 (10): 1957–68. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04187.x
- Губанова Г.В., Беляева Ю.Н., Шеметова Г.Н. Коморбидный пациент: этапы формирования, факторы риска и тактика ведения. *Современные проблемы науки и образования*. 2015; 6: 18–23 [Gubanova G.V., Belyaeva Yu.N., Shemetova G.N. Multimorbidity patient: stages of formation, risk factors and management tactics. *Modern problems of science and education*. 2015; 6: 18–23 (in Russ.)].
- Чесникова А.И., Батушин М.М., Терентьев В.П. Артериальная гипертензия и коморбидность: современное состояние проблемы. *Артериальная гипертензия*. 2016; 22 (5): 432–40 [Chesnikova A.I., Batyushin M.M., Terentyev V.P. Arterial hypertension and comorbidity: state of the art. *Arterial Hypertension*. 2016; 22 (5): 432–40 (in Russ.)]. DOI: 10.18705/1607-419X-2016-22-5-432-440
- Booth H.P., Prevost A.T., Gulliford M.C. Impact of body mass index on prevalence of multimorbidity in primary care: cohort study. *Family Practice*. 2014; 31 (1): 38–43. DOI: 10.1093/fampra/cmt061
- O'Toole J., Hambly R., Cox A.M. et al. Methadone-maintained patients in primary care have higher rates of chronic disease and multimorbidity, and use health services more intensively than matched controls. *Eur J Gen Pract*. 2014; 20 (4): 275–80. DOI: 10.3109/13814788.2014.905912

## COMORBIDITY AND POLYPHARMACY IN THE PRACTICE OF A GENERAL PRACTITIONER

Professor E. Polozova<sup>1</sup>, MD; V. Skvortsov<sup>2</sup>, MD; Professor S. Aksenova<sup>1</sup>, MD; D. Zinyakov<sup>1</sup>; T. Levina, Candidate of Medical Sciences<sup>1</sup>; N. Nefedov<sup>1</sup>; M. Narvatkina<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>N.P. Ogarev Mordovia State University, Saransk  
<sup>2</sup>Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia

*The high prevalence of cardiovascular diseases and their pathophysiological association with various comorbid conditions contributes to the progressive increase in the number of patients with a concurrence of several diseases. Combined pathology creates a new clinical situation that requires the consideration of its features when choosing therapeutic, diagnostic, and preventive strategies. A comorbid patient is a serious problem for any clinician, since in this case it is necessary to take into account several components of therapy, which makes it difficult to control treatment efficiency, contributes to an increase in polypharmacy, the risk of local and systemic side effects of drugs, and reduces adherence to therapy. Treatment for comorbid disorders requires careful compliance with the requirements of rational pharmacotherapy, high clinical professionalism, and a wide range of knowledge of related specialties. The paper describes and discusses the clinical case of a comorbid patient in the practice of a general practitioner. It gives the steps in the performed diagnostic search, by verifying the clinical diagnosis and prescribed pharmacotherapy strategies. The presented data show that it is difficult for a physician to avoid polypharmacy in case of comorbidities. Such difficulties are daily encountered by any clinician regardless of his/her clinical experience and awareness of medical science.*

**Key words:** therapy, comorbidity, polypharmacy, clinical case, diagnosis, treatment.

**For citation:** Polozova E., Skvortsov V., Aksenova S. et al. Comorbidity and polypharmacy in the practice of a general practitioner. *Vrach*. 2021; 32 (3): 34–39. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-03-06>

**Об авторах/About the authors:** Polozova E.I. ORCID: 0000-0003-2693-420X; Skvortsov V.V. ORCID: 0000-0002-2164-3537; Aksenova S.V. ORCID: 0000-0002-0186-5044; Zinyakov D.A. ORCID: 0000-0002-4736-9054; Levina T.M. ORCID: 0000-0002-7578-9160; Nefedov N.S. ORCID: 0000-0002-6163-3712; Narvatkina M.A. ORCID: 0000-0003-0102-367X