

- wheezing. In: ERS handbook of paediatric respiratory medicine. Spain; 2013: 310–5.
49. Schultz A., Devadason S. G., Savenije O. E., Sly P. D., Le Souef P. N., Brand P. L. The transient value of classifying preschool wheeze into episodic viral wheeze and multiple trigger wheeze. *Acta Paediatr.* 2010; 99(1): 56–60.
 50. Cano-Garcinuño A., Mora-Gandarillas I. Wheezing phenotypes in young children: an historical cohort study *Primary Care Respir. J.* 2014; 23(1): 60–6.
 51. Lötvall J., Akdis C. A., Bacharier L. B., Bjermer L., Casale T. B., Custovic A. et al. Asthma endotypes: a new approach to classification of disease entities within the asthma syndrome. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011; 127: 355–60.
 52. Mohangoo A. D., de Koning H. J., Hafkamp-de Groen E., van der Wouden J. C., Jaddoe V. W., Moll H. A. et al. A comparison of parent-reported wheezing or shortness of breath among infants as assessed by questionnaire and physician-interview: The Generation R Study. *Pediatr. Pulmonol.* 2010; 45: 500–7.
 53. Rancière F., Nikasinovic L., Bousquet J., Momas I. Onset and persistence of respiratory/allergic symptoms in preschoolers: new insights from the PARIS birth cohort. *Allergy.* 2013; 68(9): 1158–67.
 54. Von Mutius E. Trajectories of childhood wheeze. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2011; 127: 1513–4.
 55. Matricardi P. M., Illi S., Gruber C., Keil T., Nickel R., Wahn U. et al. Wheezing in childhood: incidence, longitudinal patterns and factors predicting persistence. *Eur. Respir. J.* 2008; 32(3): 585–92.
 56. Pattemore P. Wheeze in infants and young children. Diagnoses and management options. *Contin. Med. Educ.* 2008; 35(4): 264–9.

Поступила 20.05.14
Received 20.05.14

Сведения об авторах:

Ильenkova Наталья Анатольевна, доктор мед. наук, проф., зав. каф. детских болезней с курсом ПО, «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», e-mail: ilenkova1@mail.ru;

Смирнова Светлана Витальевна, доктор мед. наук, проф., и. о. директора НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, руководитель отдела клинической иммунологии и клеточных технологий, e-mail: svetvita@mail.ru.

© ГУДКОВ Р. А., КОНОВАЛОВ О. Е., 2014

УДК 616-053.2-06-082:614.2

Гудков Р. А.¹, Коновалов О. Е.²

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

¹Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, 390026, Рязанская область, Рязань, Высоковольная, 9; ²Российский университет дружбы народов, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

Представлены данные об особенностях оказания медицинской помощи детям с сочетанной патологией. Эти меры предполагают диагностические и лечебные действия, выходящие за рамки выявленных форм патологии. Они призваны адаптировать алгоритмы ведения каждой формы патологии. При организации медицинской помощи детям в условиях ОМС важно выделять пациентов с сочетанной патологией, поддерживать комплексный подход к их ведению в амбулаторных и стационарных условиях, учитывать при планировании затраты ресурсов. Стандарты ведения стационарных больных должны предусматривать оптимальные условия оказания помощи больным с сочетанной патологией.

Ключевые слова: сочетанная патология, коморбидность; мультиморбидность; полипатии; синтропия; дети; специализированная помощь; организация медицинской помощи детям.

Gudkov R. A.¹, Kononov O. E.²

FEATURES OF THE DELIVERY OF HEALTH CARE FOR CHILDREN WITH COMBINE PATHOLOGY

¹Ryazan State Medical University named after academician I. P. Pavlov, 9, Vysokovol'tnaya Str., Ryazan, Russian Federation, 390026; ²People's Friendship University of Russia, 6, Miklykho-Maklaya street, Moscow, Russian Federation, 117198

There are presented data on the features of the delivery of medical care to children with combine pathology. These measures may include diagnostic and therapeutic actions that go beyond the identified forms of pathology. They are exhorted to adapt the algorithms of management of the each form of pathology. Under the organization of medical care for children in conditions of the compulsory health insurance it is important to separate patients with combine pathology, to support a comprehensive approach to their management in outpatient and inpatient settings, to consider when cost planning. Standards of the management of inpatients should provide optimal conditions for the delivery of care for patients with combine pathology

Key words: combined pathology; comorbidity; multimorbidity; polyopathies; syntropy; children; specialized care; organization of medical care for children.

Значимость сочетанной патологии у детей определяется ее широкой распространенностью во всех возрастных группах, влиянием на возможности лечения и профилактики [1–3]. Оказание ме-

дицинской помощи детям с сочетанной патологией не является простым суммированием алгоритмов ведения двух заболеваний, а требует дополнительных специальных мер, которые призваны адаптировать алгоритмы ведения каждой формы патологии. Определение сочетанной патологии имеет значение при рассмотрении вопроса о соотношении специализированной и общей педиатрической помощи. При этом специализация не способствует распознаванию

Для корреспонденции: Гудков Роман Анатольевич, канд. мед. наук, доцент каф. педиатрии с курсом детской хирургии и педиатрии ФДПО ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, e-mail: Comancherо@mail.ru

и правильному ведению сопутствующей патологии. Наличие коморбидной патологии ограничивает возможности лечения и реабилитации, увеличивает число осложнений, снижает приверженность пациентов к лечению, повышает риск полипрагмазии, побочных действий лекарств и ятрогенной патологии [4–8]. Имеются рекомендации проводить мониторинг распространности и характера сочетанной патологии, ориентировать лечебно-профилактические программы для первичного звена на комплексную помощь пациентам с учетом коморбидности [9–13]. Необходимо совершенствовать методику исследований по диагностике и лечению сочетанных болезней, способствовать изучению коморбидности в целом [14].

Недостаточно разработана система оценки затрат ресурсов на оказание медицинской помощи детям с сочетанной патологией в системе медицинского страхования. Коморбидные заболевания значительно увеличивают затраты на лечение больного [15]. Чем выше затраты ресурсов, тем в большей степени они зависят от индекса коморбидности. Важной характеристикой (атрибутом) сочетанной патологии является несовместимость участия в ведении больного врачей различных специальностей и проведения многопрофильного обследования. Больные с сопутствующей патологией имеют более частые госпитализации как плановые, так и экстренные. В стационаре сроки госпитализации коморбидного больного превышают средние. Коморбидность повышает риск осложнений, связанных с основным заболеванием, а в еще большей мере – с его лечением. В хирургических отделениях коморбидные пациенты нуждаются в отличной от стандартной подготовке к оперативному лечению, имеют повышенный риск осложнений и удлиненный период восстановления [6, 16, 17].

В рамках стандартов ОМС для обеспечения полного материального покрытия диагностических и лечебных мероприятий возможно разделение пациентов в целях планирования затрат по категориям сложности в зависимости от коморбидности [18]. Пациент должен получить весь объем лечебно-диагностической помощи, в которой он на текущее время нуждается, независимо от того, в каком отделении он получает лечение. Одновременное получение помощи в отношении двух заболеваний в рамках одной госпитализации может позволить уменьшить суммарные затраты ресурсов. Уровень диагностики сопутствующей патологии определяется целым рядом объективных и субъективных факторов, в частности соотношением общей педиатрической и специализированной помощи, их доступностью, а также социально-экономическими характеристиками. С другой стороны, обращение к специалистам связано с ориентированностью семей на многостороннее обследование и с «традиционной установкой» педиатров на направление к специалистам. Учитывая все сложности своевременной диагностики полипатий, необходимо уделить большее внимание профилактике и скрининговым программам. Существуют типичные факторы риска, общие для большого количества актуальных заболеваний у детей. Пациенту, имеющему несколько таких факторов, исходя из их универ-

сальности, целесообразно проведение комплексного обследования для выявления множественных заболеваний, в том числе на стадии их доклинических проявлений [19–21].

В разных странах имеются существенные различия в соотношении общеврачебной (педиатрической) и специализированной медицинской помощи. В России высока частота обращения к специалистам, что приводит порой к значительному сужению деятельности участкового педиатра. В системе медицинского обслуживания ребенка с сочетанной патологией последний часто играет диспетчерскую роль [4, 14, 22].

В «западной» системе акцент сдвинут на врача общей практики, который несет основную нагрузку по ведению коморбидных пациентов. Специализированная медицинская помощь позволяет оказать квалифицированную и качественную помощь, но требует больше ресурсов. Расширение компетенции врача общей практики или педиатра увеличивает требование к его подготовке. Очевидно, что оптимальным вариантом является сбалансированное сотрудничество врачей разного профиля и регламентированное разделение компетенций.

Индекс коморбидности влияет на частоту визитов как к врачу общей практики, так и к специалистам в не меньшей мере, чем тяжесть патологии. Частота визитов больных с любой степенью коморбидности к общим врачам выше, чем к специалистам. Исключением являются пациенты с заболеваниями, которые традиционно ведутся узкими специалистами. Врачи-специалисты имеют достаточную компетентность в отношении осложнений и наиболее типичных сопутствующих заболеваний [23, 24]. Напротив, врачи общей практики и участковые педиатры, не имея достаточного опыта ведения таких пациентов, избегают ведения интеркуррентных и сопутствующих заболеваний, часто направляя их на консультации к специалистам [23, 25]. Например, дети с сахарным диабетом обращаются к врачам-специалистам чаще, чем к педиатрам, независимо от повода обращения.

Внедрение лечебно-диагностических стандартов должно способствовать более уверенным действиям педиатров в различных областях патологии и уменьшать нагрузку на узких специалистов. С другой стороны, для врача-специалиста большая информированность в сфере сопутствующей патологии поможет избавиться от стереотипов изолированной патологии, сделает его рекомендации ориентированными не только на болезнь, но и на пациента. Непосредственный контакт педиатра и специалиста позволит решить вопросы выбора тактики ведения больного. Все это приведет к повышению его приверженности к рекомендациям.

В условиях отечественной педиатрической службы высока роль врачей-специалистов при недостаточной компетенции педиатров и дефицита взаимодействия [1, 6]. Традиционно проблема диагностики и ведения коморбидных больных решается созданием мультидисциплинарных врачебных групп. Примерами такого взаимодействия являются детские поликлиники, консультационно-диагностические центры, мобильные бригады врачей-специалистов. Создание врачеб-

ных групп делает медицинскую помощь более доступной и удобной для коморбидных пациентов [18].

Однако такая модель не исключает снижения роли педиатра первичного звена. Именно пациент с сочетанной патологией более всего нуждается в едином враче, но вследствие большей «зависимости» от специалистов и частоты визитов к ним он удаляется от педиатра.

Больные с сочетанной патологией могут обращаться к специалистам по направлению педиатра или непосредственно, минуя последнего. Повышение доступности специалистов способствует второму варианту обращения, снижая роль педиатра первичного звена, что может приводить к отсутствию единой линии ведения пациента в последующем. В общем рекомендуется придерживаться правила, что консультант дает рекомендации для лечащего врача, а не для больного, поскольку он не владеет полной информацией о пациенте [5].

Лечение больных с сочетанной патологией имеет существенные особенности, оно не укладывается в стандартные клинические рекомендации и требует от врача индивидуального подхода [23]. При лечении таких детей важен оптимальный выбор тактики ведения, которая может быть последовательной или параллельной. Если в основе коморбидности лежит механизм интерференции, то необходимо делать акцент на терапии причинного заболевания. При синтропическом варианте коморбидности необходимо одновременно воздействовать на все имеющиеся заболевания. Примером может быть лечение аллергического ринита и бронхиальной астмы.

Коморбидность существенно снижает выбор и эффективность лекарственных средств, увеличивает риск побочных эффектов лекарств, требуется учет взаимного влияния медикаментов. Для обсуждения практической значимости сочетанной патологии целесообразно использование термина «комедикация», который обозначает дополнительные медикаментозные назначения, сделанные по поводу сопутствующих заболеваний [25, 26]. Таким образом, комедикация является понятием, сопряженным с коморбидностью, она дает оценку частоты коморбидности с точки зрения лечения сочетанных заболеваний. Комедикация может быть скрытой, когда врач не имеет информации о лекарствах, получаемых пациентом по поводу сопутствующей патологии. Также она может включать не только назначения, сделанные по поводу сопутствующих заболеваний, но и другие назначения, например профилактический прием препаратов витамина D у детей раннего возраста, прием пероральных контрацептивов у девочек-подростков.

Сочетанная патология является одним из основных источников полипрагмазии, которая делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пациентов, снижает приверженность к лечению. Эти побочные эффекты не всегда принимаются врачами во внимание, часто расцениваются как проявление одного из заболеваний и влекут за собой назначение еще большего количества лекарственных препаратов, замыкая порочный круг [11, 27].

Принятие решения о выборе терапии коморбидному пациенту требует взвешенного отношения к имеющимся у него проблемам, выбора долговременного приоритета. Успех правильного выбора определяется во многом комплексностью обследования и эффективностью коммуникации с больным и его родителями [28, 29]. Данные о частоте сопутствующей патологии у детей, находящихся в стационаре, показывают, что дети с определенными заболеваниями, например ожирением, гастроэнтерологической патологией и психоневрологическими расстройствами, значительно чаще госпитализируются по профилю других имеющихся у них заболеваний [22, 30–32].

Существуют особенности отношения к сопутствующей патологии в зависимости от категории и специализации отделений. Этому способствует также ориентированность системы ОМС на болезнь, а не на больного. Врач специализированного отделения акцентирует внимание на основном заболевании госпитализированного ребенка. В меньшей мере эта проблема распространяется на педиатрические отделения, врачи которых занимаются ведением пациентов с разнообразной патологией. В специализированных отделениях проблема сопутствующей патологии решается традиционно привлечением специалистов для консультации [18, 31]. Обычная практика заключается в назначении врачом-специалистом консультации другого специалиста, что делает восприятие больного еще более фрагментированным. Поэтому рациональным следует признать консультирование коморбидных пациентов стационара педиатром, который при необходимости уже сам будет назначать консультации специалистов. Консультативная работа терапевта, взявшего на себя синдромальный анализ пациента, а также формирование общей диагностической и лечебной концепции, учитывающей потенциальные риски больного и его отдаленный прогноз, является необходимой, особенно для больных старших возрастных групп, характеризующихся самым высоким уровнем коморбидности [17, 23].

Для организации медицинской помощи на госпитальном этапе необходимо оценивать коморбидность среди наиболее часто госпитализируемых форм [30]. На практике широко используется консультирование пациентов по нозологиям стандартным набором специалистов даже при отсутствии жалоб [19]. Например, ребенок с сахарным диабетом в стационаре осматривается неврологом, окулистом, стоматологом. Консультация педиатра в специализированном отделении могла бы уменьшить потребность в приглашениях специалистов и рационально определить их сроки [17, 31].

Таким образом, сочетанная патология может оказывать значительное влияние на возможности лечения и реабилитации ребенка. Проведенный анализ данных литературы позволяет обратить внимание на рекомендации, реализация которых представляется целесообразной для улучшения медицинской помощи детям с сочетанными заболеваниями. Учитывая все сложности своевременной диагностики полипатий, необходимо уделить большее внимание профилактике и скрининговым программам [19, 23].

При разработке клинических рекомендаций следует предусматривать разделы о наиболее распространенных вариантах сочетанной патологии.

При ведении коморбидных больных необходимо максимально придерживаться принципа одного лечащего врача. Следует стимулировать непосредственное взаимодействие педиатра и специалистов. Важно поощрять расширение компетенции педиатров в отношении наиболее распространенной патологии. Требуется оптимизация порядка направления детей на консультации узких специалистов. Целесообразно привлекать врачей-специалистов к совместной работе с педиатрами.

При организации медицинской помощи детям в условиях ОМС важно выделять пациентов с сочетанной патологией, поддерживать комплексный подход к их ведению в амбулаторных и стационарных условиях, учитывать при планировании затраты ресурсов. Стандарты ведения стационарных больных должны предусматривать оптимальные условия оказания помощи больным с сочетанной патологией [17, 20].

Необходимо повышение знаний врачей в вопросах сочетанной патологии, а также включение этих вопросов в программы вузовского и последипломного образования педиатров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Устинова Н. В. Социальные инициативы педиатров по защите интересов и прав детей: история и современность. *Российский педиатрический журнал*. 2013; 6: 5–7.
2. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Иванова А. А., Терлецкая Р. Н., Косова С. А. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации. *Российский педиатрический журнал*. 2012; 6: 4–9.
3. Hudon C., Fortin M., Lapointe L., Vanasse A. Multimorbidity in medical literature: Is it commonly researched? *Can. Fam. Physician*. 2005; 51: 244–5.
4. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Ильин А. Г., Булгакова В. А., Антонова Е. В., Смирнов И. Е. Научные исследования в педиатрии: направления, достижения, перспективы. *Российский педиатрический журнал*. 2013; 5: 4–14.
5. Starfield B., Lemke K. W., Bernhardt T. Comorbidity: implications for the importance of primary care in case management. *Ann. Fam. Med*. 2003; 1(1): 8–14.
6. Модестов А. А., Косова С. А., Бондарь В. И., Федоткина С. А., Неволин Ю. С., Фаррахов А. З. Состояние здоровья детского населения, как основа для разработки региональных программ медицинской профилактики. *Российский педиатрический журнал*. 2013; 4: 53–7.
7. Fortin M., Lapointe L., Hudon C., Vanasse A., Ntutu A. L., Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual. Life Outcomes*. 2004; 20(2): 51.
8. Xuan J., Kirchdoerfer L. J., Boyer J. G., Norwood G. J. Effects of comorbidity on health-related quality-of-life score: an analysis of clinical trial data. *Clin. Ther.* 1999; 21: 383–403.
9. Barnett K., Mercer S. W., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380(9836): 37–43.
10. Торосян Е. А., Торосян А. П., Семерджян В. В. «Черная дыра» медицины – полисорбидность. *Вестник новых медицинских технологий*. 2008; 1: 202–4.
11. Van Weel C., Schellevis F. G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*. 2006; 367(9510): 550–1.
12. Fortin M., Soubhi H., Hudon C., Bayliss F. A., Akker M. Multimorbidity's many challenges. *Br. Med. J.* 2007; 334(7602): 1016–7.
13. Van Spall H. G., Toren A., Kiss A., Fowler R. A. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals: a systematic sampling review. *JAMA*, 2007; 297(11): 1233–40.
14. Akker M., Buntinx F., Roos S., Knottnerus J. A. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J. Clin. Epidemiol.* 2001; 54(7): 675–9.
15. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J. Chron. Dis.* 1970; 23(7): 455–68.
16. Greenfield S., Apolone G., McNeil B. J., Cleary P. D. The importance of coexistent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement. *Comorbidity and outcomes after hip replacement. Med. Care*. 1993; 31(2): 141–54.
17. Munoz E., Rosner F., Friedman R., Serman H., Goldstein J., Wise L. Financial risk, hospital cost, complications and comorbidities in medical bob-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups. *Am. J. Med.* 1988; 84(5): 933.
18. Модестов А. А., Косова С. А., Иванова А. А., Федоткина С. А. Здоровьесберегающее поведение подростков и молодежи как основа здоровья будущих родителей. *Российский педиатрический журнал*. 2012; 3: 46–50.
19. Шмурова Ю. Ю. Популяционные, клинические и клинко-патологоанатомические аспекты полипатий: Автореф. дис. ... д-ра мел. наук. Челябинск: 2008.
20. Картамышева Н. Н., Сергеева Т. В., Смирнов И. Е., Кучеренко А. Г., Цыгин А. Н., Цыгина Е. Н. Особенности профилактики и лечения остеопении при нефротическом синдроме у детей. *Российский педиатрический журнал*. 2011; 1: 57–60.
21. Гусарова Т. Н., Смирнов И. Е., Ключкова У. Н., Комарова О. В. Нейрогенная дисплазия мочевого пузыря у детей с миелодисплазией. *Российский педиатрический журнал*. 2013; 3: 16–22.
22. Дворяковская Г. М., Полякова С. И., Смирнов И. Е., Дворяковский И. В., Ивлева С. А. Ультразвуковая диагностика диффузных заболеваний печени у детей с вторичным гемохроматозом. *Российский педиатрический журнал*. 2012; 3: 23–8.
23. Белялов Ф. И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. 9-е изд. Иркутск: РИО ИГИУВ. 2013.
24. Дворяковская Г. М., Симонова О. И., Ивлева С. А., Дворяковский И. В., Сурков А. Н., Горбунов М. О., Смирнов И. Е. Количественная ультразвуковая оценка фиброза печени у детей с муковисцидозом. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2014; 24(2): 36–42.
25. Adrienne Faber, Luuk J. Kalverdiijk, Lolkje T. W. de Jong-van den Berg and all. Co-morbidity and patterns of care in stimulant-treated children with ADHD in the Netherlands. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2010; 19(2): 159–66.
26. Nirmal S., Hutchinson R. When and how should we treat epilepsy in children? *Paediatr. Child Health*. 2013; 23(6): 257–62.
27. Tinetti M. E., Bogardus S. T., Agostini J. V. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351: 2870–4.
28. Смирнов И. Е., Харитонов А. Ю., Кучеренко А. Г., Шавров А. А. Цитокины и матриксные металлопротеиназы при патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей. *Российский педиатрический журнал*. 2012; 2: 4–8.
29. Харитонов А. Ю., Смирнов И. Е., Шавров А. А., Калашникова Н. А., Лохматов М. М. Современные технологии эндоскопической диагностики эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей. *Российский педиатрический журнал*. 2010; 3: 32–5.
30. Roger V. L. The changing landscape of heart failure hospitalizations. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2013; 61(12): 1268–70.
31. Постникова Е. В., Смирнов И. Е., Маслова О. И., Намазова-Баранова А. С. Клинико-патогенетическое значение эндотелиальной дисфункции в формировании ожирения у детей. *Российский педиатрический журнал*. 2013; 5: 36–40.
32. Дворяковская Г. М., Дворяковский И. В., Смирнов И. Е., Быкова О. В., Сугак А. Б., Зоркин С. П., Кузенкова Д.И., Батышева Т. Т. Ультразвуковая диагностика поражений внутренних органов при рассеянном склерозе у детей. *Российский педиатрический журнал*. 2011; 5: 28–32.

REFERENCES

1. Baranov A. A., Al'bitskiy V. Yu., Ustinova N. V. Pediatricians' social initiatives for the protection of the interests and rights of children: the history and contemporaneity. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2013; 6: 5–7. (in Russian)

2. Baranov A. A., Al'bitskiy V. Yu., Ivanova A. A., Terletskaia R. N., Kosova S. A. Trends and the health status of the child population of the Russian Federation. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2012; 6: 4–9. (in Russian)
3. Hudon C., Fortin M., Lapointe L., Vanasse A. Multimorbidity in medical literature: Is it commonly researched? *Can. Fam. Physician*. 2005; 51: 244–5.
4. Baranov A. A., Namazova-Baranova L. S., Il'in A. G., Bulgakova V. A., Antonova F. V., Smirnov I. E. Scientific research in pediatrics: directions, achievements, prospects. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2013; 5: 4–14. (in Russian)
5. Starfield B., Lemke K. W., Bernhardt T. Comorbidity: implications for the importance of primary care in case management. *Ann. Fam. Med*. 2003; 1(1): 8–14.
6. Modestov A. A., Kosova S. A., Bondar V. I., Fedotkina S. A., Nevolin Yu. S., Farrachov A. Z. The health condition of the child population, as a basis for development of regional programs of medical prevention. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2013; 4: 53–7. (in Russian)
7. Fortin M., Lapointe L., Hudon C., Vanasse A., Ntetu A. L., Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual. Life Outcomes*. 2004; 20(2): 51.
8. Xuan J., Kirchdoerfer L. J., Boyer J. G., Norwood G. J. Effects of comorbidity on health-related quality-of-life score: an analysis of clinical trial data. *Clin. Ther.* 1999; 21: 383–403.
9. Barnett K., Mercer S. W., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380(9836): 37–43.
10. Torosyan E. A., Torosyan A. Ts., Semerdzhyan V. V. «Black hole» medicine – polymorbidity. *Vestnyk novykh meditsinskikh tekhnologiy*. 2008; 1: 202–4. (in Russian)
11. Van Weel C., Schellevis F. G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*. 2006; 367(9510): 550–1.
12. Fortin M., Soubhi H., Hudon C., Bayliss F. A., Akker M. Multimorbidity's many challenges. *Br. Med. J.* 2007; 334(7602): 1016–7.
13. Van Spall H. G., Toren A., Kiss A., Fowler R. A. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals: a systematic sampling review. *JAMA*, 2007; 297(11): 1233–40.
14. Akker M., Buntinx F., Roos S., Knottnerus J. A. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J. Clin. Epidemiol.* 2001; 54(7): 675–9.
15. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J. Chron. Dis.* 1970; 23(7): 455–68.
16. Greenfield S., Apolone G., McNeil B. J., Cleary P. D. The importance of coexistent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement. Comorbidity and outcomes after hip replacement. *Med. Care*. 1993; 31(2): 141–54.
17. Munoz E., Rosner F., Friedman R., Sterman H., Goldstein J., Wise L. Financial risk, hospital cost, complications and comorbidities in medical bob-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups. *Am. J. Med.* 1988; 84(5): 933.
18. Modestov A. A., Kosova S. A., Ivanova A. A., Fedotkina S. A. Health care seeking behavior of adolescents and young people as a basis for future parents health. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2012; 3: 46–50. (in Russian)
19. Shmurova Yu. Population-based, clinical and clinical and pathological aspects of polipatii. Chelyabinsk; 2008. (in Russian)
20. Kartamysheva N. N., Sergeeva T. V., Smirnov I. E., Kucherenko A. G., Tsygin A. N., Tsygina E. N. The prevention and treatment of osteopenia in children with nephrotic syndrome. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2011; 1: 57–60. (in Russian)
21. Gusarova T. N., Smirnov I. E., Klochkova U. N., Komarova O. V. Neurogenic bladder dysfunction in children with myelodysplasia. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2013; 3: 16–22. (in Russian)
22. Dvoryakovskaya G. M., Polyakova S. I., Smirnov I. E., Dvoryakovskiy I. V., Ivleva S. A. Sonographic diagnosis of diffuse liver disease in children with secondary hemochromatosis. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2012; 3: 23–8. (in Russian)
23. Belyalov F. I. Treatment of internal diseases in conditions of comorbidity. Irkutsk: RIO IGIUV; 2013.
24. Dvoryakovskaya G. M., Sominova O. I., Ivleva S. A., Dvoryakovskiy I. V., Surkov A. N., Gorbunova M. O., Smirnov I. E. Quantitative ultrasound assessment of liver fibrosis in children with cystic fibrosis. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2014; 24(2): 36–42. (in Russian)
25. Adrianne Faber, Luuk J. Kalverdijk, Lolkje T. W. de Jong-van den Berg and all. Co-morbidity and patterns of care in stimulant-treated children with ADHD in the Netherlands. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2010; 19(2): 159–66.
26. Nirmal S., Hutchinson R. When and how should we treat epilepsy in children? *Pediatr. Child Health*. 2013; 23(6): 257–62.
27. Tinetti M. E., Bogardus S. T., Agostini J. V. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351: 2870–4.
28. Smirnov I. E., Kharitonova A. Yu., Kucherenko A. G., Shavrov A. A. Cytokines and matrix metalloproteinases in children with upper digestive tract diseases. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2012; 2: 4–8. (in Russian)
29. Kharitonova A. Yu., Snirnov I. E., Shavrov A. A., Kalashnikova N. A., Lokhmatov M. M. Current technologies in the endoscopic diagnosis of erosive-ulcerative lesions in the upper gastrointestinal tract of children. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2010; 3: 32–5. (in Russian)
30. Roger V. L. The changing landscape of heart failure hospitalizations. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2013; 61(12): 1268–70.
31. Postnikova E. V., Smirnov I. E., Maslova O. I., Namazova-Baranova L. S. Clinical and pathogenetic significance of endothelial dysfunction in the formation of obesity in children. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2013; 5: 36–40. (in Russian)
32. Dvoryakovskaya G. M., Dvoryakovskiy I. V., Smirnov I. E., Bykova O. V., Sugak A. B., Zorkin S. N., Kuzenkova L. V., Batysheva T. T. Ultrasonic diagnosis of visceral lesions in multiple sclerosis in children. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2011; 5: 28–32. (in Russian)

Поступила 02.06.14
Received 02.06.14

Сведения об авторах:

Коновалов Олег Евгеньевич, доктор мед. наук, проф., каф. общественного здоровья, здравоохранения и гигиены ФГБОУ ВПО РУДН.