

УДК 617.7-007.681-021.3:616

DOI: <https://doi.org/10.22141/2307-1257.13.3.2024.468>Колісник О.С.<sup>1</sup>, Бібік Т.А.<sup>2</sup>, Антонюк О.Я.<sup>1,3</sup> <sup>1</sup>Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ, Україна<sup>2</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна<sup>3</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

## Вплив супутньої патології на перебіг пієлонефриту у військовослужбовців — учасників бойових дій

For citation: *Розки*. 2024;13(3):228-232. doi: 10.22141/2307-1257.13.3.2024.468

**Резюме. Актуальність.** Пієлонефрит (ПН) — це інфекційно-запальне захворювання ниркового інтерстицію, викликане неспецифічною бактеріальною флорою. ПН призводить до формування вогнищезового нефросклерозу та характеризується високим ризиком рецидивування, спричиняючи в частині випадків хронічну хворобу нирок (ХХН). У 2017 р. у світі зареєстровано 697,5 млн випадків ХХН, що відповідає стандартизованому за віком рівню поширеності ХХН 8724 на 100 тис. населення, а 1,2 млн випадків смерті трапилося через ХХН. В Україні за цей період зареєстровано 7,8 млн випадків ХХН (стандартизована за віком поширеність ХХН становить 11 571 на 100 тис. населення). **Мета:** проаналізувати зв'язок між наявністю коморбідної патології та тривалістю стаціонарного лікування військовослужбовців — учасників бойових дій із ПН. **Матеріали та методи.** Дослідження перебігу ПН у військовослужбовців проведено в клініці нефрології НВМКЦ «ГВКГ» за період із 2021 по 2023 р. Основними джерелами інформації були: медична книжка військовослужбовця (форма 2), медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о), книга обліку хворих у клініці. Для оцінки коморбідності використовувався індекс Чарлсона. Захворювання військовослужбовців встановлювали відповідно до МКХ-10. Статистична обробка здійснювалася за допомогою програм Excel та Statistica 12. **Результати.** Середній вік військовослужбовців становив  $44,23 \pm 10,12$  року. Коморбідна патологія спостерігалася у 102 пацієнтів із 118 (86,44 %). Встановлено, що найбільш поширеними коморбідними захворюваннями серед тих, що використовувалися для розрахунку індексу коморбідності Чарлсона, у військовослужбовців із ПН були хвороби системи кровообігу — 47,46 % ( $2,31 \pm 0,65$  бала), хвороби органів травлення — 11,86 % ( $1,83 \pm 0,69$  бала), хвороби ендокринної системи — 9,32 % ( $2,41 \pm 0,67$  бала), респіраторні захворювання — 6,78 % ( $1,16 \pm 0,39$  бала), хвороби кістково-м'язової системи — 4,2 % ( $1,5 \pm 0,40$  бала), інші класи хвороб — 6,8 % ( $1,40 \pm 0,51$  бала). Усього за основними класами хвороб середній індекс коморбідності Чарлсона становив  $1,97 \pm 0,42$  бала ( $n = 102$ ). Наведені результати дають змогу оцінити вплив супутньої патології на перебіг та тривалість лікування військовослужбовців із ПН у стаціонарних умовах за основними класами хвороб. **Висновки.** Встановлено, що найбільш поширеними коморбідними захворюваннями серед військовослужбовців із ПН були хвороби системи кровообігу — 47,46 %, хвороби органів травлення — 11,86 %, хвороби ендокринної системи — 9,32 % та хвороби системи дихання — 6,78 %. Доведено, що вік впливає на терміни перебування пацієнтів у стаціонарі ( $\chi^2 = 34,93$ ;  $df = 9$ ;  $p < 0,001$ ). У свою чергу, з віком кількість супутніх захворювань зростає і відповідно зростає ліжко-день. За допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена та Кендалла встановлено зв'язок між тривалістю лікування в стаціонарі та наявністю супутньої патології у пацієнтів, що свідчить про збільшення кількості днів перебування в стаціонарі у пацієнтів із мультиморбідністю ( $r = 0,7344$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 118$ ). Враховуючи високі ризики ускладнень ПН, важливе значення має своєчасне спрямування пацієнтів на стаціонарне лікування в профільне відділення. Принципи лікування базуються на засадах доказової медицини і передбачають персоналізований підхід до оцінки ризиків для запобігання виникненню ускладнень.

**Ключові слова:** мультиморбідність; коморбідність; індекси коморбідності; тривалість лікування; персоналізований підхід

© 2024. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Колісник Олег Сергійович, полковник медичної служби, начальник Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», вул. Госпітальна, 18, м. Київ, 01133, Україна; e-mail: [oskolisnyk@ukr.net](mailto:oskolisnyk@ukr.net)

For correspondence: Kolisnyk O.S., Colonel MS, Head of the National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital", Hospitalna st., 18, Kyiv, 01133, Ukraine; e-mail: [oskolisnyk@ukr.net](mailto:oskolisnyk@ukr.net)

Full list of authors information is available at the end of the article.

## Вступ

Пієлонефрит (ПН) — це інфекційно-запальне захворювання ниркового інтерстицію, викликане специфічною бактеріальною флорою. ПН часто викликає нефросклероз із послідовною втратою функціонуючих нефронів, що в подальшому може спричинити прогресуюче порушення функції нирок, особливо при рецидивуючому перебігу, із розвитком хронічної хвороби нирок (ХХН) [1–6].

Зберігаються негативні тенденції до зростання захворюваності населення на хвороби сечостатевої системи в Україні, зокрема серед військовослужбовців. Крім рецидиву ПН (у 20–30 %), можуть виникати інші тяжкі ускладнення, як-от гостре пошкодження нирок, сепсис, септичний шок зі зростанням ризику летальності при виникненні таких ускладнень. Також ПН може викликати абсцес нирки, паранефральний абсцес, емфізематозний пієлонефрит, особливо при імуносупресії, зокрема при цукровому діабеті, що актуалізує питання контролю коморбідної патології.

У 2017 р. у світі зареєстровано 697,5 млн випадків ХХН, що відповідає стандартизованому за віком рівню поширеності ХХН 8724 на 100 тис. населення, а 1,2 млн випадків смерті трапилося через ХХН. В Україні зареєстровано 7,8 млн випадків ХХН (стандартизована за віком поширеність ХХН становить 11 571 на 100 тис. населення). Це все призводить до зростання інвалідності, потреби в нирковозамісній терапії, смертності населення, економічного навантаження на суспільство, спричиняючи як прямі, так і непрямі економічні збитки [7–9].

**Метою** роботи було визначено аналіз зв'язку між наявністю коморбідної патології та тривалістю стаціонарного лікування військовослужбовців — учасників бойових дій із ПН.

## Матеріали та методи

Нами проведено ретроспективне дослідження перебігу ПН у військовослужбовців, які знаходились на лікуванні в клініці нефрології НВМКЦ «ГВКГ» за період із 2021 по 2023 р. Основними джерелами інформації були: медична книжка військовослужбовця (форма 2), медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о), книга обліку хворих у клініці. Захворювання військовослужбовців та класи хвороб встановлювали відповідно до МКХ-10. Статистичну обробку здійснювали за допомогою пакетів Excel та Statistica 12. Для стандартизації підходів щодо оцінки коморбідності було створено електронну таблицю, в якій відмічали наявність у одного пацієнта різних за етіологією та патогенезом захворювань. Для оцінки коморбідності вико-

ристовувався індекс коморбідності Чарлсона (Charlson Comorbidity Index (CCI) та CA-CMI-Combined Age Charlson Comorbidity Index) [9]. Для розрахунку залежності показників від наявної супутньої патології автори керувались критеріями бальної оцінки індексу, сумуючи бали з урахуванням віку та соматичної патології для об'єктивізації, зважаючи на їх комбінацію.

## Результати та обговорення

Інфекції сечовивідних шляхів, зокрема пієлонефрит, потребують своєчасної госпіталізації в стаціонар для дообстеження і проведення лікування (зокрема, антибактеріальної терапії), що визначає боездатність підрозділу і спричиняє санітарні втрати через небойову терапевтичну патологію. Гострі інфекції сечостатевої системи мають тенденцію до хронізації, є ризик виникнення хронічної хвороби нирок. Також вони погіршують перебіг основної нозології чи наслідків поранення/травмування, збільшуючи тривалість стаціонарного лікування, часом за рахунок ризику розвитку гострого ушкодження нирок, виникнення потреби в замісній нирковій терапії, оперативному лікуванні тощо.

Все це обумовлює особливості надання медичної допомоги контингенту військовослужбовців із патологією сечостатевої системи запального генезу, що особливо актуалізується в умовах збройної агресії РФ проти України. Тому завданням нашого дослідження було проаналізувати особливості впливу супутніх захворювань на перебіг пієлонефриту у військовослужбовців.

Коморбідна патологія спостерігалася у 102 пацієнтів із 118 (86,44 %). Середній вік військовослужбовців становив  $44,23 \pm 10,12$  року.

Аналіз відповідності кількісних показників, які визначали тривалість лікування та коморбідність у військовослужбовців із пієлонефритом, здійснювався з використанням непараметричних методів оцінки, що показано в табл. 1.

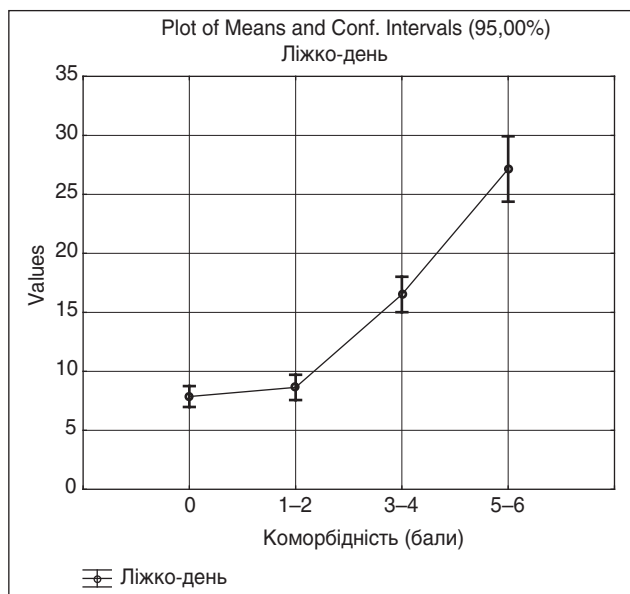
Встановлено, що найбільш поширеними коморбідними захворюваннями серед тих, що використовувалися для розрахунку індексу коморбідності Чарлсона у військовослужбовців із ПН (табл. 2), були хвороби системи кровообігу — 47,46 % ( $2,31 \pm 0,65$  бала), хвороби органів травлення — 11,86 % ( $1,83 \pm 0,69$  бала), хвороби ендокринної системи — 9,32 % ( $2,41 \pm 0,67$  бала), респіраторні захворювання — 6,78 % ( $1,16 \pm 0,39$  бала), хвороби кістково-м'язової системи — 4,2 % ( $1,50 \pm 0,40$  бала), інші класи хвороб — 6,8 % ( $1,40 \pm 0,51$  бала). Усього ( $n = 102$ ) за основними класами хвороб індекс коморбідності Чарлсона становив  $1,97 \pm 0,42$  бала. За класами хвороб серед 102 пацієнтів коморбідність за нозологіями розподіляла-

Таблиця 1. Основні параметри вибірки для непараметричних методів оцінки

Показник	Кількість спостережень, n	Медіана, Me	Квартили, 25 %; 75 %
Тривалість лікування (ліжко-день), n	118	11,93	10; 19
Коморбідність, n	118	3,001	2; 3

ся таким чином: хвороби системи кровообігу (54,9 %), хвороби органів травлення (13,73 %), хвороби ендокринної системи (10,78 %), хвороби системи дихання (7,84 %), хвороби кістково-м'язової системи (4,9 %), інші класи хвороб (7,84 %).

За нашими даними, існує кореляційний зв'язок між наявною коморбідною патологією та частотою гострого ураження нирок, зокрема, при коронавірусній хворобі [10].



**Рисунок 1. Середня тривалість лікування військовослужбовців залежно від супутньої патології (за балами ССІ)**

Середня тривалість лікування хворих на пієлонефрит військовослужбовців залежно від індексу Чарлсона наведена в табл. 3.

Відповідно до табл. 3 можна дійти висновку, що за відсутності у військовослужбовців супутньої патології середня тривалість лікування становила  $7,86 \pm 0,41$  ліжко-дня; за наявності коморбідної патології 1–2 бали за ССІ —  $8,64 \pm 0,52$  ліжко-дня; при 3–4 балах —  $16,51 \pm 0,74$ ; при 5 і більше балах —  $27,15 \pm 1,35$ .

На рис. 1 показано, що тривалість лікування залежить від індексу коморбідності, тобто пацієнти потребували тривалішого лікування в стаціонарі за наявності більшої кількості супутньої патології. Спостерігалася залежність між кількістю балів за ССІ та зростанням тривалості лікування.

Шляхом розрахунку критерію Пірсона  $\chi^2$  було виявлено статистично значимий вплив віку на терміни перебування пацієнтів у стаціонарі ( $\chi^2 = 34,93$ ;  $df = 9$ ;  $p < 0,001$ ). Так, пацієнти у молодшій групі потребували меншого терміну лікування, ніж у старших вікових групах. З віком кількість супутніх захворювань зростає і відповідно зростає ліжко-день [10].

Середня тривалість лікування військовослужбовців, хворих на ПН, за основними класами хвороб показана в табл. 4.

Із табл. 4 видно, що за класами хвороб середня тривалість лікування становила: клас IV (хвороби ендокринної системи) —  $18,91 \pm 2,27$  ліжко-дня, клас IX (хвороби системи кровообігу) —  $18,12 \pm 1,16$ , клас X (хвороби системи дихання) —  $13,66 \pm 1,68$ , клас XI (хвороби органів травлення) —  $12,17 \pm 2,10$ , клас XII (хвороби кістково-м'язової системи) —  $10,00 \pm 1,41$ ,

**Таблиця 2. Розподіл індексу Чарлсона залежно від супутньої патології у військовослужбовців за основними класами хвороб (n = 118)**

Класи хвороб	Індекс коморбідності		Бали
	Абс. числа	На 100 в/с	
Клас IV. Хвороби ендокринної системи	11	9,32	$2,41 \pm 0,67$
Клас IX. Хвороби системи кровообігу	56	47,46	$2,31 \pm 0,65$
Клас X. Хвороби системи дихання	8	6,8	$1,16 \pm 0,39$
Клас XI. Хвороби органів травлення	14	11,86	$1,83 \pm 0,69$
Клас XII. Хвороби кістково-м'язової системи	5	4,2	$1,50 \pm 0,40$
Інші класи хвороб	8	6,8	$1,40 \pm 0,51$
Усього за класами хвороб	102	86,44	$1,97 \pm 0,42$

**Таблиця 3. Середня тривалість лікування хворих на пієлонефрит військовослужбовців залежно від індексу Чарлсона,  $M \pm m$**

Коморбідність, бали	Тривалість лікування, ліжко-день (Means)	Кількість пацієнтів (N)	Ліжко-день (Std. Dey)	Ліжко-день (Std. Err)
0	7,86	16	1,66	0,41
1–2	8,64	39	3,30	0,52
3–4	16,51	37	4,51	0,74
$\geq 5$	27,15	26	6,86	1,35
Усі групи	15,08	118	8,61	0,79

Таблиця 4. Середня тривалість лікування військовослужбовців, хворих на пієлонефрит, за основними класами хвороб,  $M \pm m$ 

Класи хвороб	N	Середня тривалість лікування, ліжко-день ( $M \pm m$ )
Клас IV. Хвороби ендокринної системи	12	18,91 $\pm$ 2,27
Клас IX. Хвороби системи кровообігу	56	18,12 $\pm$ 1,16
Клас X. Хвороби системи дихання	6	13,66 $\pm$ 1,68
Клас XI. Хвороби органів травлення	12	12,17 $\pm$ 2,10
Клас XII. Хвороби кістково-м'язової системи	2	10,00 $\pm$ 1,00
Інші класи хвороб	10	12,80 $\pm$ 1,73
Усього за класами хвороб	98	16,51 $\pm$ 0,82

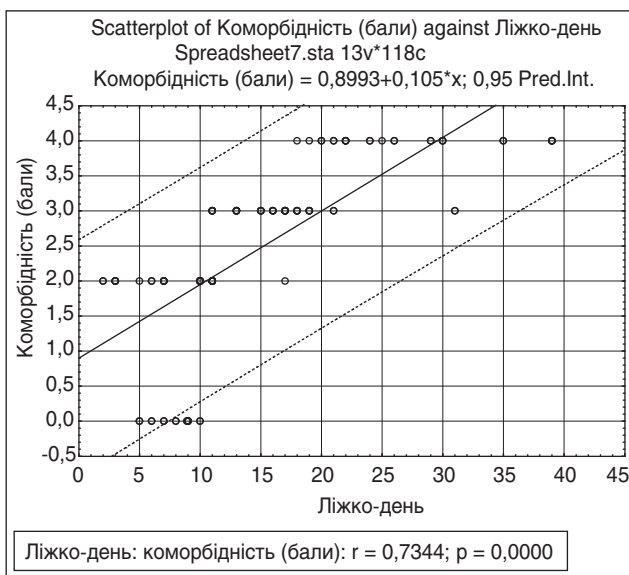


Рисунок 2. Залежність тривалості лікування в стаціонарі від коморбідності

інші класи хвороб — 12,80  $\pm$  1,73. Усього за основними класами хвороб середня тривалість лікування становила 16,51  $\pm$  0,82 ліжко-дня.

За допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена та Кендалла встановлено (рис. 2), що між тривалістю лікування військовослужбовців у стаціонарі та коморбідністю за ССІ (в балах) існує прямий сильний кореляційний зв'язок ( $r = 0,7344$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 118$ ).

Таким чином, привертає увагу збільшення тривалості перебування в стаціонарі за наявності множинної супутньої патології, що актуалізує вторинну профілактику захворювань сечостатевої системи [11], необхідність компенсації наявних ендокринних захворювань, зокрема цукрового діабету, серцево-судинної та респіраторної патології. За нашими даними, вторинна профілактика ускладненого перебігу пієлонефриту або його хронізації є вкрай важливою для збереження боєздатності військовослужбовців і поліпшення довготривалого прогнозу у цієї категорії населення.

В умовах повномасштабної війни військовослужбовці перебувають у групі ризику розвитку патології нирок, що обумовлено множинними факторами (несприятливі метеорологічні умови, необхідність перебування на позиціях протягом року, стресові фактори,

порушення режиму харчування та пиття через особливості ведення бою, обмеженість якісної питної води, позиційні травми, обумовлені тиском засобів захисту на поверхню тіла, перебування в окопах, укриттях, травми і необхідність переміщень на великі дистанції, евакуації у несприятливих погодних умовах тощо), що спричиняє виникнення нових захворювань, загострення хронічної патології або виникнення травм [12].

## Висновки

1. Встановлено, що найбільш поширеними коморбідними захворюваннями серед військовослужбовців із ПН були хвороби системи кровообігу — 47,46 %, хвороби органів травлення — 11,86 %, хвороби ендокринної системи — 9,32 % та хвороби системи дихання — 6,78 %.

2. Доведено, що вік впливає на терміни перебування пацієнтів у стаціонарі ( $\chi^2 = 34,93$ ;  $df = 9$ ;  $p < 0,001$ ). У свою чергу, з віком кількість супутніх захворювань зростає і відповідно зростає ліжко-день.

3. За допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена та Кендалла встановлено зв'язок між тривалістю лікування в стаціонарі та наявністю супутньої патології у пацієнтів, що свідчить про збільшення кількості днів перебування в стаціонарі у пацієнтів із мультиморбідністю ( $r = 0,7344$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 118$ ).

4. Враховуючи високі ризики ускладнень ПН, важливе значення має своєчасне спрямування пацієнтів на стаціонарне лікування в профільне відділення.

5. Принципи лікування базуються на засадах доказової медицини і передбачають персоналізований підхід до оцінки ризиків для запобігання виникненню ускладнень.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

## References

1. Pirog LV, Ivanov DD, Taran OI, et al., authors; Pirog LV, Ivanov DD, editors. *Nephrology: a national textbook*. Donetsk: Publisher Zaslavsky OYu; 2014. 292 p. Ukrainian.
2. Ivanov DD, Korzh OM. *Nephrology in the practice of a family doctor: an educational and methodological manual*. 2nd ed. Donetsk: Publisher Zaslavsky OYu; 2012. 400 p. Ukrainian.

3. Katerenchuk IP, Jarmola TI. *Chronic kidney disease: a study guide*. Kyiv; 2012. 148 p. Ukrainian.
4. Ministry of Health of Ukraine. Order on February 11, 2016 № 89. On Adoption and Implementation of Medical and Technological Documents on the Standardization of Medical Care for Patients with Stage V Chronic Kidney Disease Using Hemodialysis or Peritoneal Dialysis. Available from: [http://inephrology.kiev.ua/?page\\_id=1236](http://inephrology.kiev.ua/?page_id=1236). Ukrainian.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Chronic kidney disease: assessment and management (NICE Guideline 203)*. London: NICE; 2021 Nov 24.
6. Myhajlovska NS, Lisova OO, Minjajlenko LJe. *Algorithm of the family doctor's activity in the main diseases of the urinary system: an educational and methodological manual*. Zaporizhzhya: ZSMU; 2018. 148 p. Ukrainian.
7. Francis A, Harhay MN, Ong ACM, et al.; American Society of Nephrology; European Renal Association; International Society of Nephrology. *Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus*. *Nat Rev Nephrol*. 2024 Jul;20(7):473-485. doi: 10.1038/s41581-024-00820-6.
8. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. *Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. *Lancet*. 2020 Feb 29;395(10225):709-733. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30045-3.
9. Dyachuk DD, Moroz GZ, Hydzynska IM, Lasitsya TS. *Multimorbidity in clinical practice*. *Ukrainian Journal of Cardiology*. 2019;26(1):94-104. Ukrainian. doi: 10.31928/1608-635X-2019.1.94104.
10. Antonyuk OY. *Patient-centered approach to the management of acute kidney injury in the Covid-19 outcomes*. *Wiad Lek*. 2024;77(4):778-783. doi: 10.36740/WLek202404125.
11. Kolisnyk MO. *Standards of nephrological care: clinical guidelines, medical standards and hemodialysis treatment protocols*. In: Kolisnyk MO, editor. *Nephrologist's Handbook*. Kyiv: Doktor-Media; 2011. 180 p. Ukrainian.
12. Ivanov D. *Nephrology Care in Ukraine: Almost 2 Years of War-time Experience*. *Kidney360*. 2024 Feb 1;5(2):266-270. doi: 10.34067/KID.0000000000000363.

Отримано/Received 01.08.2024

Рецензовано/Revised 30.08.2024

Прийнято до друку/Accepted 05.09.2024 ■

**Information about authors**

Kolisnyk O.S., Colonel MS, Head of the National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital", Kyiv, Ukraine; e-mail: oskolisnyk@ukr.net  
 Bibik T.A., MD, DSc, PhD, Professor, Professor of the Department of Military General Practice and Family Medicine of the Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine; e-mail: polkovnikkad@ukr.net  
 Antonyuk O.Ya., Major MS, Acting chief of the Clinic of Nephrology with wards for endocrinological patients of the National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital", assistant of the Department of Public Health of the Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-3411-196X>

**Conflicts of interests.** Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

O.S. Kolisnyk<sup>1</sup>, T.A. Bibik<sup>2</sup>, O.Ya. Antonyuk<sup>1,3</sup><sup>1</sup>National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital", Kyiv, Ukraine<sup>2</sup>Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine<sup>3</sup>Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine**The influence of concomitant pathology on the course of pyelonephritis in combatants**

**Abstract. Background.** Pyelonephritis (PN) is an infectious-inflammatory disease of the renal interstitium caused by nonspecific bacterial flora. PN leads to the formation of focal nephrosclerosis and is characterised by a high risk of recurrence, causing chronic kidney disease (CKD) in some cases. In 2017, 697.5 million cases of CKD were registered in the world, corresponding to an age-standardised prevalence of 8,724 per 100,000 population, and CKD caused 1.2 million deaths. During this period, 7.8 million cases of CKD were registered in Ukraine (the age-standardised prevalence was 11,571 per 100,000 population). The purpose was to analyse the relationship between the presence of comorbid pathology and the duration of inpatient treatment in combatants with PN. **Materials and methods.** We analysed PN course in military personnel treated in the Nephrology Clinic of the National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital" from 2021 to 2023. The primary sources of information were the medical records of military personnel (form 2), the medical card of an inpatient (form 003/o), and the record book of patients in the clinic. We used the Charlson index to assess comorbidity. Diseases of service members were diagnosed following ICD-10. We used Excel and Statistica 12 programs for data processing. **Results.** The average age of participants was 44.23 ± 10.12 years. Comorbid pathology was observed in 102 (86.44 %) of 118 patients. It was found that the most common comorbidities among those used to calculate the Charlson comorbidity index in combatants with PN were diseases of the circulatory system — 47.46 % (2.31 ± 0.65 points), digestive organs — 11.86 %

(1.83 ± 0.69 points), endocrine system — 9.32 % (2.41 ± 0.67 points), respiratory organs — 6.78 % (1.16 ± 0.39 points), musculoskeletal system — 4.2 % (1.50 ± 0.40 points), other classes of diseases — 6.8 % (1.40 ± 0.51 points). In total, according to the main classes of diseases, the average Charlson comorbidity index was 1.97 ± 0.42 points (n = 102). The presented results make it possible to assess the influence of concomitant pathology on the course and duration of treatment in service members with PN in hospital conditions by main classes of diseases. **Conclusions.** We have found that the most common comorbidities among service members with PN were diseases of the circulatory system — 47.46 %, digestive organs — 11.86 %, endocrine system — 9.32 %, and diseases of the respiratory organs — 6.78 %. It has been proven that age affects the length of stay in the hospital ( $\chi^2 = 34.93$ ;  $df = 9$ ;  $p < 0.001$ ). In turn, with age increase, comorbidities and bed-days increase. Using the Spearman and Kendall rank correlation coefficient, a relationship was found between the duration of treatment in a hospital and the presence of concomitant pathology in patients, which proves an increase in the number of days of hospital stay in patients with multimorbidity ( $r = 0.7344$ ;  $p < 0.001$ ;  $n = 118$ ). Given the high risks of complications in PN, timely referral of patients to a specialised inpatient department is essential. Treatment should be based on the principles of evidence-based medicine and involve a personalised approach to risk assessment in order to prevent complications. **Keywords:** multimorbidity; comorbidity; comorbidity indices; duration of treatment; personalised approach