

УДК 616-036.2:613.98

**ПОЛИМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ И ИХ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
(ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)**

С.К. Макулбекова

Приведены литературные данные о влиянии полиморбидности у больных старшей возрастной группы на лечение и исход заболевания.

Ключевые слова: полиморбидность; роль в лечении.

**POLYMORBIDITY IN PATIENTS AND ITS ROLE IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT
(REVIEW OF LITERATURE)**

S.K. Makulbekova

It is provided literary data about influence of polymorbid in patients elder age groups on treatment and results disease.

Keywords: polymorbid; role in treatment.

Камнем преткновения для современной медицины является взаимоотношение между старением и болезнью.

Развитие множества болезней у пожилых и старых людей отягощается возрастными изменениями. Возрастное снижение реактивности пожилого человека приводит к накоплению числа болезней и их прогрессированию, хотя у некоторых людей в течение долгого времени, иногда до конца жизни, это происходит без выраженных болезненных явлений. Однако при определенных условиях, под влиянием различных внешних причин, они могут стать основой развития болезней [1].

Многие века назад врачи пропагандировали целесообразность комплексного подхода в выявлении болезни и исцелении больного. Однако современная медицина, отличающаяся обилием диагностических методик и разнообразием лечебных процедур, потребовала конкретизации. В 1970 г. выдающийся американский врач, исследователь, эпидемиолог А.Р. Feinstein предложил понятие «коморбидность» [2].

В настоящее время общепринятое определение термина «коморбидность» отсутствует. Синонимы полиморбидность, мультиморбидность, мультифакториальные заболевания, полипатия, соблезненность, двойной диагноз, плюрипатология отражают понятие множественных заболеваний, связанных единым патогенетическим механизмом

[3]. Не может остаться незамеченным отсутствие термина в систематике заболеваний, представленных в Международной классификации болезней.

Некоторые авторы противопоставляют друг другу понятие «полиморбидность», определяя первое значение как множественное наличие заболеваний, связанных доказанным патогенетическим механизмом, а второе – как наличие независимых множественных заболеваний [4, 5].

Широкое сочетание соматической и душевной патологии нашло место в психиатрии. Многие исследователи рассматривали полиморбидность как наличие у человека в определенный период более одного заболевания [6, 7].

Анализ десятилетнего австралийского исследования пациентов с шестью распространенными хроническими заболеваниями продемонстрировал, что около половины пожилых пациентов с артритом имеют артериальную гипертензию, 20 % – сердечно-сосудистые заболевания, 14 % – сахарный диабет [8].

У пожилых людей с хронической почечной недостаточностью частота ишемической болезни сердца выше на 22 %, а новых коронарных событий – в 3,4 раза выше по сравнению с пациентами без нарушения функции почек [9].

Кроме терапевтов и врачей общей практики с проблемой полиморбидности весьма часто сталкиваются и узкие специалисты. Негласным пра-

вилом любого профильного отделения стала консультативная работа терапевта, взявшего на себя синдромальный анализ пациента, а также формирование диагностической и лечебной концепций, учитывающих потенциальные риски больного и его отдаленный прогноз [10].

Причинами полиморбидности могут быть: анатомическая близость пораженных болезнью органов, единый патогенетический механизм нескольких болезней, временная причинно-следственная связь между болезнями, одна болезнь как осложнение другой [11].

Факторами, влияющими на развитие полиморбидности, могут быть хроническая инфекция, воспаление, инволютивные и системные изменения, ятрогения, социальный статус, экология, генетическая предрасположенность [4].

Существуют различные виды полиморбидности: транссиндромальная – сосуществование у одного пациента двух и более заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой; трансназологическая полиморбидность – сосуществование у одного пациента двух и более заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой. Деление полиморбидности по синдромальному и нозологическому принципу позволяет понять, что полиморбидность может быть связана с единой причиной или с едиными механизмами патогенеза этих состояний [12].

Существует ряд правил формулировки клинического диагноза полиморбидному больному. Это выделение в структуре диагноза основного и фоновых заболеваний. Основное заболевание – это та нозологическая форма, которая сама или вследствие осложнений вызывает первоочередную необходимость лечения. Конкурирующие заболевания – это имеющиеся одновременно у больного нозологические формы, взаимонезависимые по этиологии и патогенезу [13].

В настоящее время существует несколько общепринятых методов оценки полиморбидности. Система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), разработанная в 1968 г. B.S. Linn стала революционным открытием, так как дала возможность практическим врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре полиморбидного статуса их пациентов. Правильное пользование системой подразумевает отдельную суммарную оценку каждой из систем органов: «0» соответствует отсутствию заболеваний; «1» – легким отклонениям от нормы или перенесенным в прошлом заболеваниям; «2» – болезни, нуждающиеся в назначении медикаментозной терапии; «3» – болезни, ставшие причиной инвалидности, «4» – тяжелой органной недостаточности, требую-

щей неотложной терапии [14]. Система CIRS оценивает полиморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 56 [15].

Индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease) был первоначально разработан в 1993 г. S. Greenfeld для оценки полиморбидности больных со злокачественными новообразованиями, а в последующем он нашел применение у других категорий пациентов. Для расчета полиморбидности, шкала ICED предлагает оценить состояние пациента отдельно по двум компонентам: физиологическими и функциональными характеристикам. Первый компонент включает в себя 19 сопутствующих заболеваний, каждое из которых оценивается по 4-балльной шкале, где «0» – это отсутствие болезни, «3» – ее тяжелая форма. Второй компонент оценивает влияние сопутствующих заболеваний на физическое состояние пациента. Он оценивается 11 физическими функциями по 3-балльной шкале, где «0» – это нормальная функция, а «2» – невозможность ее осуществления [16].

Существует множество модифицированных индексов независимых анализов полиморбидности больных и использования их для прогноза заболевания, методов лечения. Основными препятствиями на пути внедрения систем оценки полиморбидности в лечебно-диагностический процесс является их разрозненность и узкая направленность. Отсутствие единого инструмента, созданного на основе колоссального международного опыта, а также методологии его использования не дает полиморбидности «повернуться лицом» к практикующему врачу. При этом из-за разрозненности в подходах к анализу полиморбидного статуса и отсутствия составляющих полиморбидности в учебных программах вузов делает системы оценки сопутствующей патологии неаргументированными, а поэтому и невостребованными [17]. Наличие полиморбидности следует учитывать при выборе алгоритма диагностики и схемы лечения той или иной болезни. У полиморбидных больных необходимо уточнять степень функциональных нарушений и морфологического статуса всех выявленных нозологических форм. Также необходимо помнить, что полиморбидность приводит к полипрагмазии, т. е. одновременному назначению большого количества лекарственных препаратов, что делает невозможным контроль над эффективностью терапии. Кроме того, полипрагмазия, особенно у пациентов старшего возраста, способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов [18].

Литература

1. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность / Л.Б. Лазебник // Новости медицины и фармации. 2007. № 1 (205).
2. *Feinstein A.R.* Pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease // *Journal Chronic Disease*. 1970: 23 (7):455–468.
3. *Jensen I.* Proceedings: Pathology and prognostic factors in temporal lobe epilepsy. Follow-up after temporal lobe resection // *Acta Neurochir*. 1975:Т (3–4): 261–2.
4. Смулевич А.Б. Депрессия и коморбидные расстройства / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, А.Ш. Тхостов. М., 1997.
5. *Верткин А.Л.* Роль хронического аллергического воспаления в патогенезе бронхиальной астмы и его рациональная фармакотерапия у пациентов с полипатией / А.Л. Верткин, А.С. Скотников // *Лечащий врач*. 2009. № 4. С. 61–67.
6. *Нуллер Ю.Л.* Обзор психиатрии и медицинской психологии / Ю.Л. Нуллер. М., 1993: 1:29.7.
7. *Robins D.L.* How recognizing comorbidities in psychopathology may lead to ence an involved research nosology // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1994:1, 93–95.
8. *Caughey G.E., Ramsay E.N., Vitry A.I., Gilbert A.I., Luszez M.A., Ryan P., Roughead E.E.* Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people a 14 year longitudinal population study // *J. Epidemiol Community Health*. 2010. Dec. 64 (12):103–42.
9. *Aronow W.S., Ahn C., Mercado A.D., Epstein S.* Prevalence of CAD complex ventricular arrhythmias, and silent myocardial ischemia and incidence of new coronary events in older persons with chronic renal insufficiency and with normal renal function // *Am. J Card.*, 2000: 86: 1142–1143.
10. *Wang P.S., Alorn J., Brookhart M.A.* Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives // *Нипертенсия*. 2005: 46 (2): 273–279.
11. *Зайратьянц О.В.* Формулировка и сопоставление клинического и патолого-анатомического диагнозов / О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский. М., 2008.
12. *Белялов Ф.И.* Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности: монография / Ф.И. Белялов. 8-е изд. Иркутск, 2012.
13. *Пальцев М.А.* Оформление диагноза / М.А. Пальцев, Г.Г. Автандилов, О.В. Зайратьянц и др. М., 2008.
14. *Linn B.S., Linn M.W., Gurel I.* Cumulative illness rating scale // *J. Amer. Geriatr.Soc*. 1968: 16:622–626.
15. *De Groot V., Beekerman H., Lankhorst G.J., Bouter I.V.* How to measure comorbidity: a clinical review of available methods // *J. Clin. Epidemiol*. 2003: Mar: 56(3)221-9.
16. *Greenfield S., Apolone G., McNeil B.J., Cleary P.D.* The importance of coexistent disease in occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement. Comorbidity and outcomes after hip replacement // *Med. Care*.1993 Feb: 31 (2):141–154.
17. *Верткин А.Л.* Окончательный диагноз / А.Л. Верткин, О.В. Зайратьянц, Е.И. Вовк. М., 2008.
18. *Лучихин Л.А.* Коморбидность в ЛОР-практике / Л.А. Лучихин // *Вестник в отоларингологии*. 2010. № 2. С. 79–82.