

ПРОИСХОЖДЕНИЕ, РАЗВИТИЕ И СОВРЕМЕННАЯ ТРАКТОВКА ПОНЯТИЙ
«КОМОРБИДНОСТЬ» И «ПОЛИМОРБИДНОСТЬ»

Альбина Камильевна Нургазизова*

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов

Реферат

Целью данной работы было изучение современных представлений о полиморбидности и коморбидности по данным литературы. Представлены термины, которые употребляют для обозначения сочетания нескольких заболеваний у одного человека: «сочетанные», «сопутствующие», «ассоциированные» заболевания или состояния, «коморбидные» заболевания или состояния, «коморбидность», «полиморбидность», «мультиморбидность», «мультифакториальные заболевания», «полипатия», «соболезненность», «двойной диагноз», «плюрипатология». Даны определения для наиболее употребляемых на данный момент терминов «коморбидность», «полиморбидность» и «мультиморбидность», а также рассмотрены исторические аспекты их возникновения. Показаны различия между понятиями «коморбидность» и «полиморбидность», несмотря на частое употребление их как синонимов. Рассмотрены существующие классификации коморбидности, в том числе даны понятия транссистемной, транснозологической и хронологической коморбидности. Показана классификация, разработанная Н.С. Крамер и М. van den Akker (1998), в которой представлены причинная, осложнённая, ятрогенная, неуточнённая и случайная коморбидности. Приведены шкалы для оценки данного явления: Cumulative illness rating scale, индекс Kaplan-Feinstein, Cumulative illness rating scale for geriatrics, Index of co-existent disease, Geriatric index of comorbidity, Functional comorbidity index, Total illness burden index. Более подробно представлена оценка коморбидности с использованием индекса Charlson как наиболее применяемая и имеющая меньше всего недостатков. Дано описание количественной оценки полиморбидности и показано колебание количества заболеваний в зависимости от возраста человека. Приведён перечень наиболее частой патологии, которая может сочетаться у одного больного. Отмечены заболевания, которые характерны для больных пожилого и старческого возраста. Проблема коморбидности приобретает всё большую актуальность в тех странах и регионах, где социальные условия общества способствуют увеличению продолжительности жизни людей пожилого и старческого возраста, что указывает на необходимость выработки единого взгляда на проблему сочетанной патологии.

Ключевые слова: полиморбидность, коморбидность, мультиморбидность, сочетанные заболевания, шкалы оценки коморбидности.

THE ORIGIN, DEVELOPMENT AND CURRENT CONCEPTS OF «COMORBIDITY» AND «POLYMORBIDITY»
A.K. Nurgazizova. Institute of advanced education of medical experts, Saint Petersburg, Russia. The article aims to study the current concepts of polymorbidity and comorbidity by a literature review. This article presents the terms used to denote a combination of several diseases for one person, named as «combined», «concomitant», «associated» diseases or conditions, «comorbidity», «polymorbidity», «multimorbidity», «multifactorial disease», «polypathia», «co-disease», «dual diagnosis», «plural diseases». Definitions for currently commonly used terms «comorbidity», «polymorbidity» and «multimorbidity» are given, the historical aspects of their occurrence are discussed. The differences between the concepts of «comorbidity» and «polymorbidity», despite their frequent use as synonyms, are listed. The existing classifications of comorbidity, including definitions of trans-systemic, trans-nosologic and chronological comorbidity, are reviewed. The classification developed by Н.С. Крамер and М. van den Akker (1998), which presents a causal, complicated, iatrogenic, unclear and random comorbidity, is described. The assessment scales for the evaluation of this phenomenon, such as Cumulative Illness Rating Scale, Kaplan-Feinstein index, Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, Index of Co-Existent Disease, Geriatric Index of Comorbidity, Functional Comorbidity Index, and Total Illness Burden Index, are presented. Detailed description of the comorbidity assessment by Charlson index as the most used and having the least disadvantages, is given. Description of the quantitative evaluation of polymorbidity is given, variation of the number of diseases depending on patient's age is shown. The list for the most common pathologies that can be combined in a single patient is outlined. Diseases typical for the patients of elderly and senile age are described. The problem of comorbidity becomes more and more important in the areas where social conditions promote the increase of the life expectancy of elderly and senile patients, which requires a common approach to the problems of comorbidity.

Keywords: polymorbidity, comorbidity, multimorbidity, concomitant diseases, comorbidity rating scales.

Одной из главных особенностей современной медицины является тот факт, что различные заболевания утрачивают свой моноозологический характер, приобретая статус коморбидности [15].

Целью данной работы было изучение современных представлений о полиморбидности и коморбидности по данным литературы.

Существование нескольких болезней у одного пациента в отечественных работах описывают как «сочетанные», «сопутствующие», «ассоциированные» заболевания или состояния. В

зарубежной литературе чаще применяют термины «коморбидные» заболевания или состояния, «коморбидность», «полиморбидность», «мультиморбидность». Также используют синонимы «мультифакториальные заболевания», «полипатия», «соболезненность», «двойной диагноз», «плюрипатология» [6].

По мнению некоторых авторов, наиболее распространены два термина: «коморбидность» и «полиморбидность» [8]. Несмотря на то, что данные понятия большинство клиницистов используют как синонимы, в настоящее время коморбидность определена как наличие одновременно

нескольких заболеваний, связанных единым патогенетическим механизмом, а полиморбидность — как наличие множественных заболеваний, возможно, не связанных между собой [7, 8].

Подобные разногласия касаются и понятия «мультиморбидность». Некоторые авторы определяют данный термин как наличие множественных заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами. Другие утверждают, что мультиморбидность — сочетание множества хронических или острых заболеваний у одного человека, не делая ударения на единство или разность их патогенеза [5].

Исторические аспекты происхождения данных терминов подчёркивают разность их значений. В основе слова «полиморбидность» лежат две главных составляющих: «*poly*» и «*morbidity*». Слово *poly* имеет греческое происхождение (*polus*) и означает «много, множество». Слово *morbidity* (заболеваемость) впервые упоминается в 1656 г. и имеет латинское происхождение (от слова *morbidus* — больной), которое, в свою очередь, происходит от слова *morbus* — болезнь.

Первоначально термин использовали в странах, где население говорит на языках романогерманской группы, лишь затем он получил дальнейшее распространение на территории стран Восточной Европы и нынешних стран СНГ. Так, в русском языке используют термин «полиморбидность», в чешском — «*polymorbidita*», в белорусском — «палімарбіднасць». Распространение этого слова произошло благодаря активации научного и научно-практического сотрудничества стран бывшего социалистического лагеря с западными странами, и в настоящее время термин «полиморбидность» прочно вошёл в обиход медицинской терминологии большинства стран, включая Россию.

Понятие «коморбидность» появилось позже. В 1970 г. Alvan Feinstein, выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог, предложил понятие «коморбидность» (лат. *co* — вместе, *morbus* — болезнь). Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него. Явление коморбидности профессор Feinstein продемонстрировал на примере соматических больных острой ревматической лихорадкой, обнаружив худший прогноз у пациентов, страдающих одновременно несколькими заболеваниями. После открытия коморбидности она была выделена в качестве отдельного научно-исследовательского направления [3, 5].

Некоторые авторы выделяют транссистемную, транснозологическую и хронологическую коморбидность. Транссистемную коморбидность оценивают по количеству использованных классов Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), транснозологическую — по среднему количеству нозологических

единиц МКБ-10 на одного больного, последний вид коморбидности характеризует временное совпадение развития патологических состояний [4, 8]. Данная классификация позволяет понять, что коморбидность может быть связана с единой причиной или едиными механизмами патогенеза этих состояний, что иногда обусловлено сходством их клинических проявлений, которое не всегда позволяет точно дифференцировать нозологии [11].

Однако Н.С. Краemer и М. van den Akker (1998) выделяют следующие виды коморбидности.

- Причинную коморбидность, характеризующуюся параллельным поражением различных органов и систем, которое обусловлено единым патогенетическим механизмом. К примеру, сочетание у одного больного атеросклеротического поражения сосудов головного мозга, венечных артерий сердца и сосудов нижних конечностей.

- Осложнённую коморбидность, которая бывает результатом основного заболевания и проявляется через некоторое время в виде поражения органов-мишеней. К примеру, хроническая почечная недостаточность вследствие диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 2-го типа.

- Ятрогенную коморбидность, проявляющуюся при вынужденном негативном воздействии врача на пациента при условии заранее установленной опасности той или иной медицинской процедуры. К примеру, стероидная язва желудка у больных, длительное время получающих системную терапию глюкокортикоидами.

- Неуточнённую коморбидность, которая подразумевает наличие единых патогенетических механизмов развития заболеваний, составляющих данную комбинацию, однако требует проведения ряда исследований, подтверждающих гипотезу исследователя или клинициста. Примером этого вида полиморбидности служит возникновение эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта у «сосудистых» больных.

- «Случайную» коморбидность, которая предполагает сочетание несвязанных заболеваний у одного больного. К примеру, ишемическая болезнь сердца и патология желчевыводящей системы. Однако алогичность данных комбинаций в скором времени может быть объяснена с клинических и научных позиций [2-5].

В настоящее время существует несколько общепризнанных методов «измерения» коморбидности. По данным некоторых авторов, принято 13 методов оценки данного состояния [18].

Первыми способами оценки полиморбидности стали система Cumulative illness rating scale (CIRS) и индекс Kaplan-Feinstein, разработанные в 1968 и 1974 гг. соответственно.

Система CIRS, предложенная B.S. Linn, была революционной, так как дала возможность практическим врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре

Балльная оценка наличия сопутствующих заболеваний при расчёте индекса коморбидности Charlson

Заболевания	Баллы
Инфаркт миокарда	1
Сердечная недостаточность	1
Поражение периферических сосудов (наличие перемежающейся хромоты, аневризма аорты более 6 см, острая артериальная недостаточность, гангрена)	1
Преходящее нарушение мозгового кровообращения	1
Острое нарушение мозгового кровообращения с минимальными остаточными явлениями	1
Деменция	1
Бронхиальная астма	1
Хронические неспецифические заболевания лёгких	1
Коллагенозы	1
Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки	1
Цирроз печени без портальной гипертензии	1
Сахарный диабет без конечно-органных поражений	1
Острое нарушение мозгового кровообращения с гемиплегией или параплегией	2
Хроническая почечная недостаточность с уровнем креатинина более 3 мг%	2
Сахарный диабет с конечно-органными поражениями	2
Злокачественные опухоли без метастазов	2
Острый и хронический лимфо- и миелолейкоз	2
Лимфомы	2
Цирроз печени с портальной гипертензией	3
Злокачественные опухоли с метастазами	6
Синдром приобретённого иммунодефицита	6
Сумма баллов	

коморбидного статуса больных. Однако в ней не были учтены возраст больных и специфика заболеваний пожилого возраста [19].

Именно это послужило предпосылкой для создания через 23 года M.D. Miller системы CIRS для пожилых больных, которая получила название Cumulative illness rating scale for geriatrics (CIRS-G) [22]. Данная шкала подразумевает отдельную суммарную оценку состояния каждой из систем органов, где «0» соответствует отсутствию заболеваний выбранной системы, «1» — лёгким отклонениям от нормы или перенесённым в прошлом заболеваниям, «2» — болезни, приводящей к необходимости медикаментозной терапии, «3» — заболеванию, ставшему причиной инвалидности, «4» — тяжёлой органной недостаточности, требующей проведения неотложной терапии. Оценку коморбидности осуществляют по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 56. По мнению её разработчиков, максимальные результаты не совместимы с жизнью больных. Данная шкала позволяет оценить степень тяжести полиморбидности. Однако определить прогноз больного невозможно из-за отсутствия интерпретации полученных результатов и их связи с рядом прогностических характеристик [21].

Индекс Kaplan-Feinstein был создан на основе изучения воздействия сопутствующих заболеваний на 5-летнюю выживаемость больных сахарным диабетом 2-го типа. В этой системе

оценки полиморбидности все имеющиеся заболевания и их осложнения в зависимости от выраженности органных поражений классифицируют на лёгкие, средней тяжести и тяжёлые. При этом вывод о суммарной коморбидности делают на основе наиболее декомпенсированной системы органов. Данный индекс даёт суммарную, но менее подробную по сравнению с системой CIRS оценку состояния каждой из систем органов. Интерпретация баллов представлена следующим образом: «0» — отсутствие болезни, «1» — лёгкое течение заболевания, «2» — заболевание средней тяжести, «3» — тяжёлая болезнь. Индекс Kaplan-Feinstein оценивает коморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 36. Однако интерпретация общего балла у данной шкалы отсутствует, что затрудняет оценку прогноза. Кроме того, недостаток этого способа оценки коморбидности — обобщённость нозологий. Однако бесспорное преимущество индекса Kaplan-Feinstein перед системой CIRS заключается в возможности независимого анализа злокачественных новообразований и их тяжести [23].

Среди наиболее применяемых систем оценки коморбидности наиболее распространён индекс Charlson, предложенный для оценки отдалённого прогноза больных в 1987 г. профессором Mary Charlson [17]. Данный индекс представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 40) наличия определённых сопутствующих заболеваний

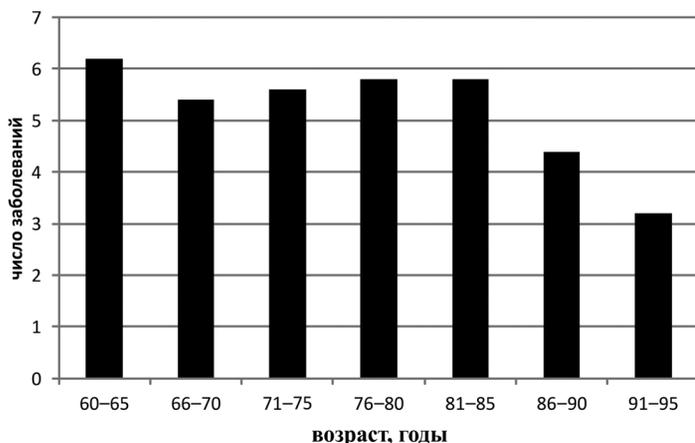


Рис. 1. Число заболеваний у больных терапевтических отделений геронтологического стационара по возрастным когортам.

и используется для прогноза летальности. При его расчёте суммируют баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляют 1 балл на каждые 10 лет жизни при превышении пациентом 40-летнего возраста (50 лет – 1 балл, 60 лет – 2 балла, и т.д.). Шкала Charlson представлена в табл. 1.

Отличие индекса Charlson – возможность оценки возраста пациента и определения смертности больных, которая при отсутствии коморбидности составляет 12%, при 1–2 баллах – 26%, при 3–4 баллах – 52%, а при сумме более 5 баллов – 85%. Однако данная методика не учитывает тяжесть многих заболеваний, а также отсутствует ряд прогностически важных патологических состояний. Некоторые из указанных недостатков индекса Charlson были исправлены R.A. Deo в 1992 г. В модифицированный индекс Charlson были добавлены хронические формы ишемической болезни сердца и стадии хронической сердечной недостаточности [3, 5, 18].

«Индекс сосуществующих болезней» (Index of co-existent disease – ICED) первоначально был разработан S. Greenfield (1993) для оценки коморбидности больных злокачественными новообразованиями. Однако в дальнейшем он получил более широкое применение. Данный метод помогает в расчёте продолжительности пребывания в стационаре и риска повторной госпитализации больного после проведённого хирургического вмешательства. Шкала ICED предлагает оценивать состояние пациента отдельно по двум компонентам: физиологическим и функциональным характеристикам. Первый компонент включает 19 сопутствующих заболеваний, каждое из которых оценивают по 4-балльной шкале, где «0» – отсутствие болезни, а «3» – её тяжёлая форма. Второй компонент отражает влияние сопутствующих заболеваний на физическое состояние пациента. Он оценивает 11 физических функций по 3-балльной шкале, где «0» – нормальная функция, а «2» – невозможность её осуществления [18, 20].

Кроме приведённых оценок коморбидности, в настоящее время используют Geriatric index of

comorbidity (GIC), Functional comorbidity index (FCI) и Total illness burden index (TIBI) [18].

По мнению некоторых авторов, в старших возрастных группах возрастает не только заболеваемость, но и количество заболеваний у каждого пациента [1, 9]. Однако, по мнению Л.Б. Лазебника (2005), возраст человека не является основным условием полиморбидности. Сроки начала заболеваний, формирующих синдромы полиморбидности, и их хронизация приходятся на молодой (30–45 лет) и средний (46–60 лет) возраст, а результат их суммарного накопления, то есть период яркой клинической демонстрации, начинает проявляться в пожилом (61–75 лет) возрасте, дальнейшие прожитые годы лишь добавляют количество болезней. Однако, по наблюдениям некоторых авторов, старые люди (76–90 лет) и долгожители (старше 91 года) более активны, меньше болеют хроническими заболеваниями (которые протекают у них менее агрессивно и с более мягкими осложнениями), реже обращаются за медицинской помощью [6].

Количественная сторона полиморбидности может быть оценена математически с помощью индекса полиморбидности (Лазебник, 2000): общее число болезней / один пациент в той или иной возрастной группе. Данный показатель позволяет судить о степени обременённости болезнями, или нозологической отягощённости.

Л.Б. Лазебник в своих исследованиях представляет соотношение возраста больных и количество заболеваний в данном возрастном промежутке (рис. 1).

Как видно из приведённой диаграммы, для больных 60–65 лет характерно наличие $5,2 \pm 1,7$ заболеваний, для 66–70 лет – $5,4 \pm 1,4$, для 71–75 лет – $5,6 \pm 1,7$, для 76–80 лет – $5,8 \pm 1,6$, для 81–85 лет – $5,8 \pm 1,8$, для 86–90 лет – $4,4 \pm 1,64$, для 91–95 лет – $3,2 \pm 0,5$ [6, 7].

Если говорить о наиболее часто сочетающейся патологии у больных, то в большинстве случаев у людей пожилого и старческого возраста встречаются следующие заболевания в различных сочетаниях: атеросклероз артерий сердца

и сосудов головного мозга, артериальная гипертензия, эмфизема лёгких, неопластические процессы (в лёгких, органах пищеварения, на коже), хронический гастрит с секреторной недостаточностью, желчнокаменная болезнь, хронический пиелонефрит, аденома предстательной железы, сахарный диабет, остеохондроз позвоночника, артрозы, болезни глаз (катаракта, глаукома), тугоухость [10, 14]. По мнению некоторых авторов, определённые заболевания свойственны только пожилым: остеопороз, дистрофические поражения органов чувств, психоорганический сосудистый синдром [12, 14]. В последнее время уделяют большое внимание сочетанию ишемической болезни сердца и патологии органов пищеварения, в частности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [15, 16].

Представленные литературные данные свидетельствуют об отсутствии единого подхода к проблеме коморбидности и полиморбидности, что подтверждается множеством синонимов, которые разные авторы используют для обозначения различных сочетаний заболеваний, и отсутствием единого подхода к оценке данного явления.

В заключение необходимо отметить, что проблема коморбидности приобретает всё большую актуальность в тех странах и регионах, где социальные условия общества способствуют увеличению продолжительности жизни людей пожилого и старческого возраста, что указывает на необходимость выработки единого взгляда на проблему сочетанной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьева Г.Т., Советкина Н.В., Овсянникова Н.А. и др. Коморбидные и мультиморбидные состояния в гериатрии (обзор) // Успехи геронтол. — 2011. — №4. — С. 612–619.
2. Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности // Клини. мед. — 2009. — №12. — С. 69–71.
3. Вёрткин А.Л. Коморбидность: от истоков развития до современного понятия. Как оценить и прогнозировать // Врач скорой помощи. — 2011. — №4. — С. 15.
4. Вёрткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность (часть 1) // Мед. газета. — 2013. — №13. — С. 8–9.
5. Вёрткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность (часть 2) // Мед. газета. — 2013. — №14. — С. 8.
6. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность // Consil. med. — 2005. — №12. — С. 993–996.
7. Лазебник Л.Б. Полиморбидность и старение // Новости мед. и фармац. — 2007. — №1. — С. 205.
8. Митрофанов И.М., Николаев Ю.А., Долгова Н.А. и др. Региональные особенности полиморбидности в современной клинике внутренних болезней // Клини. мед. — 2013. — №6. — С. 26–29.

9. Модестов Е.А., Новиков О.М., Шевченко В.В. и др. Методические подходы к комплексной оценке состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста // Сибир. мед. обозрение. — 2001. — №2. — С. 23–25.
10. Лименов Ю.С. Старение, старость, болезни / Под ред. Г.П. Котельникова, О.Г. Яковлева. — Самара: Самар. дом печати, 1995. — С. 24–29.
11. Процаев К.И., Рапопорт С.И., Жернакова Н.И. и др. Полиморбидность и старение. Клиническая нейромимунэндокринология полиморбидных состояний у пациентов пожилого возраста (часть 1) // Владикавказ. мед.-биол. вестн. — 2010. — №11. — С. 95–99.
12. Пушкова Э.С. Третий возраст // Мир мед. — 1997. — №8. — С. 32–33.
13. Сергеева В.В. Коморбидность у жителей блокадного Ленинграда с артериальной гипертензией, ассоциированной с метаболическими расстройствами / Геронтология и гериатрия: сложности диагностики болезней, лечения и реабилитации жителей блокадного Ленинграда, их потомков и пожилых пациентов Санкт-Петербурга. — СПб., 2012. — С. 12–13.
14. Советкина Н.В., Арьева Г.Т., Овсянникова Н.А. и др. Характеристика соматической патологии у людей пожилого и старческого возраста (обзор) // Успехи геронтол. — 2011. — №3. — С. 438–442.
15. Хлынова О.В., Туев А.В., Береснёва Л.Н. и др. Проблема коморбидности с учётом состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов с артериальной гипертензией и кислотозависимыми заболеваниями // Казан. мед. ж. — 2013. — №1. — С. 80–86.
16. Хлынова О.В., Туев А.В., Береснёва Л.Н. и др. Проблема коморбидности артериальной гипертензии и кислотозависимых заболеваний // Терап. арх. — 2013. — №5. — С. 101–106.
17. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation // Chronic Dis. — 1987. — Vol. 40, N 5. — P. 373–383.
18. Groot V., Beckerman H., Lankhorst G. et al. How to measure comorbidity a critical review of available methods // Clin. Epidemiol. — 2003. — Vol. 56, N 3. — P. 221–229.
19. Hudon C., Fortin M., Vanasse A.L. Cumulative illness rating scale was a reliable and valid index in a family practice context // Clin. Epidemiol. — 2005. — Vol. 58, N 6. — P. 603–608.
20. Imamura K., McKinnon M., Middleton R. et al. Reliability of a comorbidity measure: the Index of co-existent disease (ICED) // Clin. Epidemiol. — 1997. — Vol. 50, N 9. — P. 1011–1016.
21. Nobrega T.C., Jahuul O., Machado A.N. et al. Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients // Clinics (Sao Paulo). — 2009. — Vol. 64, N 1. — P. 45–50.
22. Parmelee P.A., Thurax P.D., Katz I.R. et al. Validation of the Cumulative illness rating scale in a geriatric residential population // Am. Geriatr. Soc. — 1995. — Vol. 43, N 2. — P. 130–137.
23. Tomohiro Sakashita M.D., Nobuhiko Oridate M.D., Satoshi Fukuda M.D. Complications of Skull base surgery: an analysis of 30 cases // Skull. Base. — 2009. — Vol. 19, N 2. — P. 127–132.