

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 11 (1691)

Ни одна функция, ни один орган, ни одна система организма не работают изолированно. Их непрерывная совместная деятельность поддерживает гомеостаз, обеспечивает слаженность происходящих процессов. Однако в реальной жизни идеальный с точки зрения природы организм ежесекундно сталкивается с множеством патологических агентов, под действием которых отдельные его составляющие выходят из строя, приводя к развитию заболевания. В этом случае сотни адаптационных и защитных механизмов запускают тысячи химических реакций и физиологических процессов, направленных на подавление, ограничение и полное устранение болезни, а также предупреждение её осложнений.

Нарушение работы одного, казалось бы, крошечного звена, несмотря на своевременное устранение дефекта, влечёт за собой изменения в течении многих процессов, механизмов и функций. Это способствует появлению новых болезней, дебют которых может состояться спустя многие годы. Кроме того, столь бурный ответ организма на воздействие патологического агента возможен далеко не всегда. Его защитные силы утрачиваются с возрастом, а также угасают на фоне иммунодефицита, обусловленного широким спектром причин.

Частую врачи диагностируют и лечат возникшее у пациента заболевание изолированно, уделяя недостаточно внимания перенесённому этим человеком болезням и сопутствующей патологии. Но было бы правильнее рассматривать текущее заболевание и искать подходы к нему в совокупности с анализом перенесённых болезней, факторов риска и предикторов, имеющихся у больного, а также с расчётом вероятности потенциально возможных осложнений.

Индивидуальный подход к больному диктует необходимость разностороннего изучения клиники основного, сопутствующих и перенесённых заболеваний, а также их комплексной диагностики и рационального лечения. Именно в этом и заключается знаменитый принцип русских врачей – лечить больного, а не болезнь, ставший достоянием мировой медицины и предметом многолетних дискуссий отечественных и зарубежных учёных и клиницистов. Однако ещё задолго до Мудрова, Захарьина, Пирогова и Боткина, провозгласивших в России этот принцип ведения соматических больных, в Древнем Китае зародилась народная медицина, использовавшая комплексный подход к лечению человеческого организма, полную диагностику заболеваний вкпе с общим оздоровлением организма и единением его с природой. Гиппократ был убеждён в необходимости поиска глубоко спрятанной причины болезни, а не устранения лишь её симптомов. Лекарям Древнего Египта, Вавилонии и Средней Азии также было известно о взаимосвязи одних болезней с другими. Более четырёх тысячелетий назад им была известна диагностика болезней по пульсу. Многие века назад поколения врачей пропагандировали целесообразность комплексного подхода в выявлении болезни и исцелении больного, однако современная медицина, отличающаяся обилием диагностических методик и разнообразием лечебных процедур, потребовала конкретизации. В связи с этим назрел вопрос – как всесторонне оценить больного, страдающего одновременно несколькими заболеваниями, с чего начать его обследование и на что в первую очередь направить лечение?

Многие годы этот вопрос оставался открытым, пока в 1970 г. Alvan Feinstein – выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог, оказавший значительное влияние на технику проведения клинических исследований, особенно в области клинической эпидемиологии, не предложил понятие «коморбидность» (лат. со – 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.

Позже коморбидность была выделена в качестве отдельного научно-исследовательского направления. Широкое изучение сочетания соматической и душевной патологии нашло место в психиатрии. Ведущие психиатры посвятили долгие годы выявлению ряда коморбидных со-

Коморбидность

стояний у больных с разнообразнейшими психическими расстройствами. Именно эти исследователи разработали первые модели коморбидности. Одни из открытых моделей рассматривали коморбидность как наличие у человека в определённый период жизни более чем одного заболевания, а другие – как относительный риск человека с одним заболеванием приобрести другое расстройство. Эти учёные выделили трансиндромальную, транснозологическую и хронологическую коморбидность. Первые представляют собой сосуществование у одного пациента двух и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой, а последний вид требует их временного совпадения. Эта классификация во многом была неточна, но позволила понять, что коморбидность может быть связана с единой причиной или едиными механизмами патогенеза этих состояний, что иногда объясняется сходством их клинических проявлений, которое не позволяет точно дифференцировать нозологии.

Проблемой влияния коморбидности на клиническое течение основного соматического заболевания, эффективность медикаментозной терапии, ближайший и отдалённый прогноз больных занимались талантливые клиницисты и учёные различных медицинских специальностей во многих странах мира. Под их влиянием у термина «коморбидность» возникло множество синонимов, среди которых наиболее ярко выделяются «полиморбидность», «мультиморбидность», «мультифакториальные заболевания», «полипатия», «сочетанность», «двойной диагноз», «плюрипатология» и т.д. Благодаря их работе в некоторой степени стали ясны причины коморбидности: анатомическая близость, единый патогенетический механизм, причинно-следственная связь и осложнение. Однако несмотря на обилие определений и синонимов, единая классификация и общепринятая терминология коморбидности сегодня отсутствуют.

Некоторые авторы противопоставляют друг другу понятия коморбидности и мультиморбидности, определяя первую как множественное наличие заболеваний, связанных доказанным единым патогенетическим механизмом, а вторую – как наличие множественных заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами. Другие утверждают, что мультиморбидность есть сочетание множества хронических или острых болезней и медицинских состояний у одного человека и не делают упорения на единство или разность их патогенеза. Однако принципиальное уточнение термину «коморбидность» дали Н.С.Крамер и М. van den Akker, определив её как сочетание у одного больного нескольких, именно хронических заболеваний. Они же предложили первую классификацию коморбидности. Согласно их данным, факторами, влияющими на развитие коморбидности,

могут являться хроническая инфекция, воспаление, инволютивные и системные метаболические изменения, ятрогения, социальный статус, экология и генетическая предрасположенность.

Причинная коморбидность вызвана параллельным поражением различных органов и систем, которое обусловлено единым патологическим агентом (например, алкогольная висцеропатия у больных хронической алкогольной интоксикацией; патология, ассоциированная с курением, или системное поражение при коллаге-нозах).

Осложнённая коморбидность является результатом основного заболевания и обычно последовательно через некоторое время после его дестабилизации проявляется в виде поражения органов-мишеней. Примерами данного вида коморбидности являются хроническая почечная недостаточность вследствие диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом или развитие инфаркта головного мозга в результате осложнённого гипертонического криза у больных гипертонической

болезнью.

Ятрогенная коморбидность проявляется при вынужденном негативном воздействии врача на пациента, при условии заранее установленной опасности той или иной медицинской процедуры. Широко известен глюкокортикостероидный остеопороз у больных, длительное время получающих терапию системными гормонами, а также лекарственный гепатит в результате химиопрофилактики туберкулёза лёгких, назначенной по поводу виража туберкулиновых проб.

Неуточнённая коморбидность предполагает наличие единых патогенетических механизмов развития заболеваний, составляющих данную комбинацию, но требует проведения ряда исследований, подтверждающих гипотезу исследователя или клинициста. Примерами этого вида коморбидности служат развитие эректильной дисфункции у пациентов с атеросклерозом и артериальной гипертензией, а также возникновение эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта у «сосудистых» больных.

Примером так называемой «случайной» разновидности коморбидности является сочетание ишемической болезни сердца и желчнокаменной болезни или же комбинация приобретённого порока сердца и псориаза. Однако «случайность» и на первый взгляд алогичность данных комбинаций в скором времени может быть объяснена с клинических и научных позиций.

Коморбидность как сосуществование двух и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них, широко представлена среди пациентов, госпитализированных в терапевтические стационары. На этапе первичной медицинской помощи пациенты с наличием одновременно нескольких заболеваний являются, скорее, правилом, чем исключением.

Согласно данным M.Fortin, основанным на анализе 980 историй болезни, взятых из ежедневной практики семейного врача, распространённость коморбидности составляет от 69% у больных молодого возраста (18-44 лет) до 93% среди лиц средних лет (45-64 лет) и до 98% – у пациентов старшей возрастной группы (старше 65 лет). При этом число хронических заболеваний варьирует от 2,8 у молодых пациентов до 6,4 – у пожилых. В этой работе автор указывает, что основополагающие исследования медицинской документации, нацеленные на изучение распространённости коморбидности и выявления её структуры, были проведены ещё до 90-х годов прошлого века.

Обращают на себя внимание источники получения информации, которыми пользовались исследователи и учёные, занимавшиеся проблемой коморбидности. Ими были истории болезни, амбулаторные карты пациентов и другая медицинская документация, имеющаяся у семейных

врачей, в страховых компаниях и даже в архивах пансионатов для престарелых. Перечисленные методы получения медицинской информации в большинстве своём были основаны на клиническом опыте и квалификации клиницистов, ставивших больным клинически, инструментально и лабораторно подтверждённые диагнозы. Именно поэтому при своей безусловной компетентности они были весьма субъективны. Удивляет, что ни в одном из выполненных исследований коморбидности не был проведён анализ результатов патологоанатомических вскрытий умерших больных. А ведь аутопсия позволяет достоверно установить структуру коморбидности и непосредственную причину смерти каждого пациента независимо от его возраста, пола и гендерных характеристик. Статистические данные по коморбидной патологии, опирающиеся на данные секции, в значительной степени лишены субъективизма.

Профилактика и лечение хронических заболеваний обозначены Всемирной организацией здравоохранения как при-

оритетный проект второго десятилетия XXI века, направленный на улучшение качества жизни людей. Этим обусловлена повсеместная тенденция к проведению крупномасштабных эпидемиологических исследований в разных областях медицины, выполненных с применением серьёзных статистических расчётов.

Анализ 10-летнего австралийского исследования пациентов с шестью распространёнными хроническими болезнями продемонстрировал, что около половины пожилых пациентов с артритом имеют артериальную гипертензию, 20% – сердечно-сосудистые заболевания, а 14% – сахарный диабет 2-го типа. Более 60% пациентов с бронхиальной астмой указали на сопутствующий артрит, 20% – на сердечно-сосудистые заболевания и 16% – на сахарный диабет 2-го типа. У пожилых пациентов с хронической почечной недостаточностью частота ИБС выше на 22%, а новых коронарных событий – в 3,4 раза выше по сравнению с пациентами без нарушения функции почек. При развитии терминальной почечной недостаточности, требующей заместительной терапии, частота хронических форм ИБС составляет 24,8%, а инфаркта миокарда – 8,7%. Число коморбидных заболеваний существенно повышается с возрастом. Коморбидность повышается с 10% в возрасте до 19 лет до 80% у лиц 80 лет и старше.

В канадском исследовании, включавшем 483 больных ожирением, было установлено, что распространённость связанных с ожирением сопутствующих заболеваний была выше среди женщин. Исследователи обнаружили, что около 75% пациентов с ожирением имели сопутствующее заболевание, которыми в большинстве случаев являлись дислипидемия, артериальная гипертензия и сахарный диабет 2-го типа. Примечателен тот факт, что среди молодых пациентов с ожирением (от 18 до 29 лет) более двух хронических заболеваний имели 22% мужчин и 43% женщин.

По нашим данным, основанным на материалах более 3 тыс. патологоанатомических секций (n = 3239) больных с соматической патологией, поступивших в многопрофильный стационар по поводу декомпенсации хронического заболевания (средний возраст 67,8 ± 11,6 года), частота коморбидности составляет 94,2%. Наиболее часто в работе врача встречаются комбинации из двух и трёх нозологий, но в единичных случаях (до 2,7%) у одного пациента сочетаются до 6-8 болезней одновременно.

Проведённое в Великобритании 14-летнее исследование 883 больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой показало, что данное заболевание связано с широким спектром соматической патологии. В структуре коморбидности этих пациентов наиболее часто встречаются злокачественные новообразования, болезни опорно-двигательного аппарата, кожи и мочеполовой системы, а также геморрагические осложнения и другие аутоиммунные заболевания, риск развития

которых в течение 5 лет от начала основного заболевания превышает рубеж в 5%.

В исследование, проведенное в США, было включено 196 больных раком гортани. В данной работе было показано, что выживаемость пациентов с различными стадиями рака гортани различается в зависимости от наличия или отсутствия коморбидности. На первой стадии рака выживаемость составляет 17% при наличии коморбидности и 83% – при её отсутствии, на второй 14 и 76%, на третьей – 28 и 66%, а на четвертой – 0 и 50%, соответственно. В целом выживаемость коморбидных больных раком гортани на 59% ниже выживаемости больных без коморбидности.

Как видно из последних работ, кроме терапевтов и врачей общей практики с проблемой коморбидности весьма часто сталкиваются и узкие специалисты. К сожалению, они крайне редко обращают внимание на сосуществование у одного больного целого спектра болезней и преимущественно занимаются лечением профильного заболевания. Урологи, гинекологи, оториноларингологи, офтальмологи, хирурги и другие специалисты зачастую выносят в диагноз лишь «свое» заболевание, отдавая поиск сопутствующей патологии на откуп другим специалистам. Негласным правилом любого профильного отделения стала консультативная работа терапевта, взявшего на себя синдромальный анализ пациента, а также формирование диагностической и лечебной концепции, учитывающей потенциальные риски больного и его отдаленный прогноз.

Таким образом, влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально. Взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшает качество жизни больного, ограничивает или затрудняет лечебно-диагностический процесс.

Коморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода. Наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению койко-дней, инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, увеличивает число осложнений после хирургических вмешательств, способствует увеличению вероятности падений у пожилых больных.

Однако в большинство проведенных рандомизированных клинических исследований авторы включали пациентов с отдельной рафинированной патологией, делая коморбидность критерием исключения. Именно поэтому перечисленные исследования, посвященные оценке сочетания тех или иных отдельно взятых заболеваний, трудно отнести к работам, изучающим коморбидность в целом. Отсутствием единого комплексного научного подхода к оценке коморбидности влечёт за собой пробелы в клинической практике. Не может остаться незамеченным отсутствие коморбидности в систематике заболеваний, представленных в Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10). Уже один этот факт даёт основание к дальнейшему развитию общей классификации болезней.

Несмотря на множество неразгаданных закономерностей коморбидности, несмотря на отсутствие её единой терминологии и продолжающийся поиск новых комбинаций заболеваний, на основе имеющихся клинических и научных данных можно сделать вывод, что коморбидности присущ спектр несомненных свойств, характеризующих её как неоднородное, часто встречающееся явление, которое увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз больных. Неоднородность же коморбидности обусловлена широким спектром вызывающих её причин.

Существует ряд правил формулировки клинического диагноза коморбидному больному, которые следует соблюдать практикующему врачу. Основным правилом является выделение в структуре диагноза основного и фоновых заболеваний, а также их осложнений и сопутствующей патологии.

Если больной страдает многими болезнями, то одна из них – основная. Это та нозологическая форма, которая сама или вследствие осложнений вызывает первоочередную необходимость лечения в данное время в связи с наибольшей

угрозой жизни и трудоспособности. Основное заболевание само по себе или через осложнения может быть причиной летального исхода. Основным является заболевание, послужившее причиной обращения за медицинской помощью. По мере обследования основным становится диагноз наименее прогностически благоприятного заболевания, при этом прочие болезни становятся сопутствующими.

Основными могут быть несколько конкурирующих тяжёлых заболеваний. Конкурирующие заболевания – это имеющиеся одновременно у больного нозологические формы, взаимонезависимые по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающие критериям основного заболевания.

Фоновое заболевание способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность, способствует развитию осложнений. Данное заболевание, так же как и основное, требует безотлагательного лечения.

Все осложнения патогенетически связаны с основным заболеванием, они способствуют неблагоприятному исходу основного заболевания, вызывая резкое ухудшение в состоянии больного. Именно они относятся к разряду осложнённой коморбидности. В ряде случаев осложнения основного заболевания, связанные с ним общностью этиологических факторов, обозначают как сопряжённые болезни. В этом случае их необходимо отнести к разряду причинной коморбидности. Осложнения перечисляются в порядке убывания прогностической или инвалидизирующей значимости.

Остальные заболевания, имеющиеся у пациента, перечисляются в порядке значимости. Сопутствующее заболевание не связано этиологически и патогенетически с основным заболеванием и считается, что существенно не влияет на его течение.

Наличие коморбидности следует учитывать при выборе алгоритма диагностики и схемы лечения той или иной болезни. У данной категории больных необходимо уточнять степень функциональных нарушений и морфологического статуса всех выявленных нозологических форм. При появлении каждого нового, в том числе маловыраженного, симптома следует проводить исчерпывающее обследование с целью определения его причины. Также необходимо помнить, что коморбидность приводит к полипрагмазии, то есть одновременному назначению большого количества лекарственных препаратов, что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пациентов, а поэтому снижает их compliance (приверженность к лечению). Кроме того, полипрагмазия, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов ле-

карственных препаратов. Эти побочные эффекты не всегда принимаются врачами во внимание, поскольку расцениваются как проявление одного из факторов коморбидности и влекут за собой назначение ещё большего количества лекарственных препаратов, замыкая порочный круг.

Единовременное лечение нескольких болезней требует строгого учёта сочетаемости препаратов и досконального соблюдения правил рациональной фармакотерапии, основанной на постулатах Е.Тареева «Каждое непоказанное лекар-

ство противопоказано» и Б.Вотчала «Если препарат лишён побочных эффектов, следует задуматься, есть ли у него какие-либо эффекты вообще».

Таким образом, значимость коморбидности не вызывает сомнений, но как же её измерить у конкретного пациента, например у больной С., 73 лет, вызвавшей скорую медицинскую помощь в связи с внезапно возникшей давней болью за грудиной? Из анамнеза известно, что много лет пациентка страдает ишемической болезнью сердца. Подобные болевые ощущения в груди у неё возникали и ранее, но всегда проходили через несколько минут после сублингвального приёма органических нитратов. В данном случае приём трёх таблеток нитроглицерина обезболивающего эффекта не дал. Из анамнеза известно, что больная дважды в течение последних 10 лет перенесла инфаркт миокарда, а также острое нарушение мозгового кровообращения с левосторонней гемиплегией более 15 лет назад. Кроме того, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2-го типа с диабетической нефропатией, миомой матки, желчнокаменной болезнью, остеопорозом и варикозной болезнью вен ног. Удалось выяснить, что больная регулярно принимает ряд гипотензивных препаратов, мочегонные и пероральные сахароснижающие средства, а также статины, антиагреганты и ноотропы. Перенесла холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни более 20 лет назад, а также экстракцию хрусталика по поводу катаракты правого глаза 4 года назад. Была госпитализирована в кардиореанимационное отделение многопрофильного стационара с диагнозом острого трансмурального инфаркта миокарда. В ходе обследования выявлены умеренная азотемия, лёгкая гипохромная анемия, протеинурия и снижение фракции выброса левого желудочка.

В настоящее время существует 12 общепризнанных методов измерения коморбидности. Первыми способами оценки коморбидности стали система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) и индекс Kaplan-Feinstein, разработанные в 1968 и 1974 гг. соответственно. Система CIRS, предложенная B.S.Linn, явилась революционным открытием, так как дала возможность практически врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний и снижение фракции выброса левого желудочка. Однако она не учитывала возраст больных и специфику болезней пожилого возраста, а поэтому спустя 23 года была пересмотрена M.D.Miller. Разновидность системы CIRS у пожилых больных получила название CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics).

Правильное пользование системой CIRS подразумевает отдельную суммарную оценку состояния каждой из систем органов: 0 – отсутствие заболеваний выделительной системы, 1 – лёгкие отклонения от нормы или перенесённые в прошлом заболевания, 2 – болезнь, нуждающаяся в назначении медикаментозной терапии, 3 – заболевание, ставшее причиной инвалидности, 4 – тяжёлая органная недостаточность, требующая проведения неотложной терапии.

Система CIRS оценивает коморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 56. По мнению её разработчиков, максимальные результаты не совместимы с жизнью больных. Пример оценки коморбидности представлен в таблице 1.

Таким образом, коморбидность больной С. может быть расценена как средней тяжести (23 балла из 56), однако оценить прогноз пациентки не представляется возможным из-за отсутствия интерпретации полученных результатов и их связи с рядом прогностических характеристик.

(Окончание следует.)

Аркадий ВЕРТКИН,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии и скорой
медицинской помощи, профессор.

Михаил РУМЯНЦЕВ,
кандидат медицинских наук.

Антон СКОТНИКОВ,
кандидат медицинских наук.

Московский государственный медико-
стоматологический университет
им. А.И.Евдокимова.

Таблица 1

Пример оценки коморбидности с помощью системы CIRS

Заболевания пациентки С., 73 года	Баллы				
	0	1	2	3	4
Болезни сердца					X
Болезни сосудов (кровеносных и лимфатических)					X
Болезни крови (костного мозга, селезёнки и периферической крови)		X			
Болезни органов дыхательной системы (трахеи, бронхов и лёгких)	X				
Болезни органов чувств (глаз, носа, ушей, глотки и гортани)		X			
Болезни органов верхних отделов пищеварительной системы (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы (не включая сахарный диабет) и желчного пузыря)			X		
Болезни органов нижних отделов пищеварительной системы (тонкой и толстой кишки)	X				
Болезни печени	X				
Болезни почек			X		
Болезни органов мочеполовой системы (мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, предстательной железы и половых органов)		X			
Болезни опорно-двигательного аппарата (мышц, суставов, костей) и кожных покровов			X		
Болезни органов центральной и периферической нервной системы (головного мозга, спинного мозга и нервов)				X	
Болезни органов эндокринной системы и нарушения метаболизма (включая сахарный диабет и отравления)				X	
Психические нарушения	X				
Сумма баллов 23					