

**А.П. Парахонский**  
зав. курсом общей и клинической патофизиологии,  
Кубанский медицинский институт  
**A.P. Parakhonsky**  
Head of the Course of general and clinical pathophysiology,  
The Kuban medical institute, Krasnodar  
(para.path@mail.ru, 89676521307)

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ В ГЕРИАТРИИ

**Аннотация.** В статье рассмотрена одна из проблем гериатрической практики – полиморбидность. Показано, что взаимовлияние заболеваний, инволютивные процессы естественного старения и лекарственный патоморфоз значительно изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс. В основу диагностики при полиморбидности должны быть положены: отказ от тоталитарности принципа диагностического монизма, транссиндромальное и транснозологическое мышление, выделение ведущего заболевания, критериальный диагноз.

**Annotation.** The article discusses one of the problems in geriatric practice – polymorbidity. It is shown that the influence of diseases, involutive natural processes of aging and medicinal pathomorphosis significantly alter the clinical presentation and course of diseases, the nature and severity of complications, worsen the quality of life of the patient, restrict or impede the medical-diagnostic process. The basis of diagnosis in polymorbidity should be based on: the rejection of the principle of totalitarism diagnostic monism, transsyndromary and transnososlogosary thinking, designate a lead disease, the dimensionless diagnosis.

**Ключевые слова:** диагностика, заболевания, полиморбидность, патогенез, патоморфоз, возраст.

**Keywords:** diagnostics, disease, polymorbidity, pathogenesis, pathomorphosis, age.

В последние десятилетия происходят изменения в характеристике здоровья, заболеваемости и смертности людей. Старение населения, урбанизация, глобальное изменение образа жизни, проблема продовольственной безопасности, социальная напряжённость и др. приводят к увеличению бремени хронических неинфекционных заболеваний. Особенно это актуально для России, где мы являемся свидетелями значительных колебаний смертности населения, зависимой от национальных особенностей, в том числе уровня употребления алкоголя, курения, психо-эмоциональных стрессов, выраженности метаболических нарушений и др. По данным Минздравсоцразвития России причинами высокой смертности населения являются острые сосудистые нарушения (инсульты, инфаркты миокарда), онкологические заболевания, хроническая обструктивная болезнь лёгких, болезни органов пищеварения. Согласно результатам патологоанатомических вскрытий на одного умершего приходится 2-3 основных и более 5 сопутствующих патологий [3].

Возрастные морфологические и функциональные изменения органов и тканей – проявление возрастной физиологии. Однако постепенно, по мере старения эти изменения становятся патологическими, нарушают качество жизни, ока-

зывают существенное, чаще отягощающее, влияние на течение основного заболевания и требуют определённой лечебной тактики. С возрастом кумулятивный эффект патологических процессов возрастает и соответственно растёт число различных заболеваний у одного субъекта, что создаёт синдром взаимного отягощения. Таким образом, для пациентов старшей возрастной группы характерно одновременное страдание несколькими заболеваниями в различных стадиях – полиморбидность [7].

Диагностика в широком её понимании как наука о распознавании заболеваний может быть разделена на три крупных раздела: 1) собственно диагностика – учение о методах исследования, число которых с каждым этапом развития медицинской науки возрастает; 2) семиология, то есть учение о значимости и происхождении отдельных симптомов, обнаруженных при исследовании больного, и их патогенетическом сочетании – синдромах; 3) заключительный и, в сущности, наиболее трудный раздел – сложный комплекс «обдумывания» врачом диагноза, та цепь мыслительного процесса, который врач обычно совершает, чтобы сделать заключение о характере патологических процессов, выявленных им с помощью диагностических приёмов, использованных во время обследования больного.

В 70-е годы XX века А. Feinstein ввёл в научно-клиническую терминологию понятие «коморбидность». Этот термин он характеризовал как наличие дополнительной клинической картины заболевания, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и отличается от него. В настоящее время используют два понятия – «коморбидность» и «полиморбидность»: первое как наличие одновременно нескольких заболеваний, связанных единым патогенетическим механизмом, а второе – как наличие множественных заболеваний, возможно не связанных между собой [2,5].

Эпидемиологические исследования показали, что более трети населения имеют более одного заболевания; при этом необходимо учитывать наличие двух и более независимых заболеваний, возникающих в течение жизни [1,6]. Наряду с этим выделяется коморбидность как наличие более чем одного расстройства у человека в определённый период жизни – модель, ориентированная на дескриптивные диагностические классы, и модель коморбидности, рассматривающая относительный риск у человека с одним заболеванием (расстройством) приобрести другое расстройство [11].

На сегодняшний день, однако, большинство исследований имеет преимущественно мононозологический характер, что не позволяет в полной мере проанализировать факторы риска, прогнозы развития какой-то одной нозологической формы, эффективно решать вопросы профилактики и эффективного лечения заболеваний [10]. При этом синтропию нозологических единиц необходимо учитывать для диагностики, проведения целенаправленной профилактики, адекватного лечения и прогнозирования осложнений [8].

Полиморбидность, или мультиморбидность (наличие нескольких заболеваний у одного больного), – одна из проблем гериатрической практики. Необходимо учитывать обычную для людей пожилого и старческого возраста множественность патологии. Как правило, при тщательном обследовании больных этих возрастных групп находят патологические изменения в различных физио-

логических системах. Они обусловлены разными причинами, обычно тесно связанными с изменениями возрастного характера.

Патологию старых людей нередко сравнивают с айсбергом, у которого бóльшая часть объёма скрыта под водой. Жалобы больного направляют внимание врача только на вершину этого айсберга, между тем для правильного лечения необходимо увидеть весь айсберг. Взаимовлияние заболеваний (не так уж редко условно разделяемых на нозологические формы), инволютивные процессы естественного старения и лекарственный патоморфоз значительно изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс.

Полиморбидность – состояние неоднородное. Выделяют три формы взаимовлияния заболеваний друг на друга: синтропия («взаимное притяжение») – сочетание двух и более патологических состояний с общими этиопатогенетическими механизмами; дистропия («взаимное отталкивание») – невозможность сочетания болезней и нейтропия («нейтральное состояние») – случайное сочетание болезней [9]. В отечественной литературе для описания полиморбидности используются понятия бикаузальный диагноз, когда основное заболевание представлено двумя нозологическими единицами и мультикаузальный диагноз для описания трёх и более патологических состояний у одного индивидуума.

В среднем при клиническом обследовании больных пожилого и старческого возраста диагностируется не менее 4-5 болезней, проявлений патологических процессов. Взаимовлияние заболеваний изменяет их классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни и прогноз. Специалисты назвали полиморбидность болезнью XXI века. В связи с этим всё большую актуальность приобретают исследования, которые посвящены проблемам изучения патогенеза полиморбидных состояний и преодолению последствий полиморбидности у лиц пожилого и старческого возраста. Так, например, в последние годы особое внимание уделяется участию в патологических процессах нейроиммуноэндокринной системы, что открывает новые возможности для медицинской науки и практики. В основу диагностики при полиморбидности должны быть положены: отказ от тоталитарности принципа диагностического монизма (возможность выделения не только одного, но, в ряде случаев, и нескольких ведущих болезней), транссиндромальное и транснозологическое мышление, выделение ведущего заболевания, критериальный диагноз.

Диагностика и лечение болезней при полиморбидности представляет собой сложную и мало разработанную задачу. Это связано с тем, что распознавание болезней долгое время прочно базировалось на так называемом принципе диагностического монизма. Суть принципа заключается в постулировании положения, в соответствии с которым признавалось, что в конкретный момент у конкретного больного может быть конкретная болезнь и при этом – единственная. Если при анализе клинической картины все или, по крайней мере, большинство основных симптомов или синдромов можно было «привязать» к какому-либо заболеванию, то наличие последнего считалось доказанным. Вплоть до самого последнего времени все болезни всеми специалистами изучались изолированно друг от друга, т.е. с позиций монопатологии. И это уже устраивает:

а) страховые компании ОМС. выстраивающие цепь событий типа «один больной – одна болезнь – один страховой случай» (в то же время компании ДМС, наоборот, ничего не имеют против лечения полипатологии (на лицо экономическая подоплека проблемы);

б) учёных, пишущих монографии (как известно, монография – это книга, посвящённая изложению какой-либо одной проблемы, в нашем случае – монопатологии);

в) преподавателей, обучающих будущих медиков, – подобно печально знаменитому девизу «разделяй и властвуй» широко используется методический приём «вычлений (одно заболевание из их множества) и излагай».

При этом от терапии продолжают отпочковываться всё новые, так называемые узкие специальности. Вслед за давно отделившимися кардиологией, пульмонологией, гастроэнтерологией и др. возникают аритмология и даже такой терминологический монстр, как «свертология». Уместно по этому поводу привести высказывание крупнейшего нашего патолога И.В. Давыдовского, отражающее его отношение к узким специальностям (на примере дерматологии): «Кожные болезни – суть фикция; это слёзы, которыми плачут больные внутренние органы» [4]. Возникает печальная по своей абсурдности ситуация – от терапии практически ничего уже не осталось: в большинстве больниц уже нет терапевтических отделений, среди научно-исследовательских учреждений нет институтов терапии, – какая уж тут полиморбидность!

Но если терапия, как мать всех специальностей, умрёт, то кто же будет объединять и пестовать её детей, разбежавшихся узких специалистов? До определённого момента это «чистое» искусство или «чистая» наука в известной мере имели под собой основание (например, при эпидемиях, ранней детской смертности и т.д.). В дальнейшем в развитых странах условия существования человека значительно улучшились, более высоким стал и уровень лечения болезней, в том числе и тех, которые ранее считались смертельными. Всё это привело к тому, что наличие у больного нескольких или даже множественных болезней стало не исключением, а скорее правилом. Именно поэтому в последнее время проблеме одновременного протекания нескольких болезней у одного больного в медицине стали уделять большое внимание. О множественности болезней в последнее время говорят и пишут всё большее число авторов медицинских изданий. Однако, как правило, всё заканчивается констатацией факта её наличия и не идёт дальше. Всё сводится лишь к терминологическим изыскам. Отсутствие единого термина порой просто сводит на нет все усилия.

При полиморбидности основным является диагноз заболевания, послужившего причиной данного обращения за медицинской помощью. По мере обследования основным становится диагноз прогностически наиболее неблагоприятного заболевания, тогда все прочие – сопутствующими. Основными могут быть несколько конкурирующих тяжёлых заболеваний. Все остальные наличествующие заболевания перечисляются в порядке значимости как сопутствующие. Осложнения перечисляются в порядке убывания прогностической или инвалидизирующей значимости.

Чаще всего трудности при оформлении диагноза возникают при наличии двух основных болезней и более, когда больной умирает не от одной, а от двух или даже нескольких болезней. Существует три разновидности комбинирован-

ных заболеваний: конкурирующие, сочетанные и фоновые. Все они представляют собой различные варианты основного заболевания. Конкурирующие заболевания – совокупность заболеваний, каждое из которых само по себе в отдельности могло привести к смерти больного. Сочетанные заболевания – при изолированном течении эти болезни не вызывают летального исхода, но приводят к смерти, когда сочетаются у тяжёлого больного. Фоновые заболевания – отягощают течение основного заболевания и (что особенно важно) при этом включаются в его патогенез. Значение фонового заболевания в патогенезе и течение основного заболевания иногда недооценивается не только клиницистами, но и патологоанатомами, что находит своё отражение в недостаточно чёткой формулировке диагноза. Например, гипертоническая болезнь при инфаркте миокарда нередко ошибочно фигурирует в рубрике сопутствующих заболеваний, хотя на самом деле её место – в рубрике основного заболевания, так как известно, что она включается в патогенез инфаркта и усугубляет общее состояние больного. Эти же соображения относятся и к сахарному диабету при инфаркте миокарда.

Хотя комбинированные заболевания в составе основной болезни имеют юридически равные права, в медицинской статистике кодируется (шифруется) только то заболевание, которое выставлено на первое место. Поэтому врач нередко стоит перед дилеммой – чему отдать предпочтение? Вопрос выбора всегда труден, поэтому при его решении следует руководствоваться определёнными критериями. Главный из них заключается в том, чтобы на первом месте стояло то заболевание, та нозологическая форма, которая имела наибольшую вероятность быть причиной смерти и сыграла ведущую роль в танатогенезе. Это банальная истина, но она должна быть взвешена и осмыслена как лечащим врачом, так и патологоанатомом.

Допустим, что у больного имеет место сочетание инсульта и инфаркта миокарда. Возникает вопрос: что поставить на первое место в диагнозе в зависимости от их роли в танатогенезе – либо отёк головного мозга, либо сердечную недостаточность. Этот критерий, к сожалению, иногда не срабатывает, и тогда возникает необходимость иметь другие критерии, чтобы чему-то отдать предпочтение. В частности, приоритет надо отдавать той нозологической форме, которая более значима в социальном, санитарно-эпидемиологическом аспекте. Скажем, врач затрудняется в решении вопроса о том, какое заболевание сыграло ведущую роль в танатогенезе: инфаркт миокарда или атипичная пневмония. Естественно, приоритет следует отдать атипичной пневмонии, потому что она более значима как в социальном, так и в санитарно-эпидемиологическом аспекте.

Однако танатогенетический критерий всё равно стоит на первом месте. Если же он по какой-либо причине не может быть применён, то надо отдавать предпочтение нозологической форме, которая соответствует профилю лечебно-профилактического учреждения или отделения. Например, если больной при равновероятной роли причины смерти умирает от инфаркта миокарда и инсульта в кардиологическом центре, то в данном лечебном учреждении ставят диагноз «инфаркт миокарда», а конкурирующим заболеванием будет признан инсульт.

Если все вышеперечисленные критерии не дают искомого результата, то патологоанатомы вынуждены идти «на поводу» у клиницистов, поскольку те наблюдали больного, и отдавать предпочтение той нозологической форме, кото-

рую клиницисты поставили на первое место в клиническом диагнозе (разумеется, если у патологов нет других оснований поменять их местами). Наконец, есть ещё одно обстоятельство, продиктованное реалиями нашего времени: надо отдавать предпочтение той нозологической форме, диагностика и лечение которой потребовало больших экономических затрат.

Возникает вопрос: сколько может быть конкурирующих или сочетанных заболеваний в составе комбинированного заболевания? Рассуждая формально, здесь не должно быть ограничений, их может быть действительно 3-4 и больше, но, по мнению патологов, клиницистам ни в коей мере не следует злоупотреблять конструированием сложных («многоэтажных») клинических диагнозов, в которых фигурируют несколько (4-6) основных заболеваний и хотя, например, у старого человека болезней обычно много, всё же нельзя их все выставлять в рубрику основного заболевания.

Это является отрицательной тенденцией, хотя понятие «полипатия» и имеет право на существование. У каждого человека, особенно с возрастом, увеличивается число заболеваний, и они все играют определённую роль в отягощении основного заболевания. Однако злоупотребление термином «полипатия» приводит к тому, что клиницисты и патологоанатомы уходят от каузального мышления и среди множества связей теряют главные, определяющие – причинно-следственные. Полипатию требуется по возможности сводить к монокаузальному или, в крайнем случае, к бикаузальному диагнозу. Все же другие обнаруженные нозологические единицы указываются в качестве сопутствующих заболеваний.

Одним из критериев оценки правильности посмертного диагноза является соответствие клинического и патологоанатомического диагнозов, то есть их расхождение или совпадение. Эти критерии зависят даже от профиля учреждения. Например, диагностика одного и того же заболевания может в одном случае расцениваться как расхождение, а в другом – как совпадение. Так, в больнице общего профиля, в случае, если клиницистами не распознана локализация инфаркта миокарда (диагностирован при жизни в передней стенке, а при аутопсии обнаружен в заднедиафрагмальном отделе), это не считается расхождением диагноза. В то же время аналогичная ситуация в кардиоцентре или кардиологическом отделении будет расценена патологоанатомом как расхождение диагноза «по локализации». То же касается и онкологической патологии (рак левого или правого лёгкого и др.). Таким образом, в зависимости от профиля больницы, даже если отмечено совпадение нозологических единиц, для расхождения диагнозов может иметь значение расхождение по локализации процесса.

Бывают ситуации, связанные с запоздалой диагностикой. Например, при патологоанатомическом исследовании клинический диагноз подтверждается, однако при анализе истории болезни выясняется, что на протяжении всей болезни – от момента поступления больного в стационар до момента смерти – об этом правильном диагнозе речь не шла. То есть об истинном заболевании не думали, и оно было определено, например, *ex consilio* в самый последний момент непосредственно перед смертью, либо даже посмертно. *De jure et de facto* в данной ситуации расхождения как будто нет, но по сути эти случаи также следовало бы расценивать как расхождение диагнозов, однако на сегодня патологоанатомы ограничиваются тем, что в клинко-анатомическом эпикризе высказывают осо-

бое мнение, формулируя его примерно так: «в данной ситуации можно констатировать фактическое расхождение, потому что в течение всей болезни ни разу не упоминалось заболевание или его осложнение, от которого больной умер, поэтому речь идёт о поздней диагностике заболевания». Сходная ситуация наблюдается и в судебной практике: там также высказывается особое определение, которое не влияет на приговор.

Формулировка окончательного диагноза включает следующие этапы. 1. Основное заболевание, обострение которого послужило причиной обращения за медицинской помощью. 2. Иные основные заболевания, требующие коррекции ввиду имеющихся функциональных расстройств, но находящиеся в фазе ремиссии или нетяжёлого обострения. 3. Прочие («сопутствующие», «фоновые») хронические заболевания, не требующие какой-либо коррекции. 4. Осложнения основного заболевания. 5. Осложнения «прочих» заболеваний.

Следует подчеркнуть, что юридическую силу имеет только тот клинический диагноз, который вынесен на титульный лист истории болезни. Он дублируется ещё в посмертном эпикризе, и иногда бывают разночтения в формулировке того и другого диагноза в указанных разделах истории болезни.

Диагностирование и анализ сочетанной патологии при полиморбидности требуют от врача-гериатра обширных знаний не только возрастных изменений органов и систем, но и симптоматики некоторых заболеваний нервной системы, опорно-двигательного аппарата, мочеполовой сферы, особенностей течения хирургических заболеваний, онкологической настороженности и др. Необходимо всегда помнить о том, что врачебная специальность требует постоянного размышления над тем, с кем мы работаем, что мы собираемся дать больному, какой результат мы собираемся получить и с помощью какого инструмента.

#### **Список источников:**

1. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности, Иркутск. – 2010. – 360 с.
2. Белялов Ф.И. Коморбидность. 2011. Электронный ресурс: <http://therapy.irkutsk.ru/edcomorbid.htm>.
3. Верткин А.Л. Скорая помощь. Руководство для фельдшеров и медсестер, М. – 2010. – 270 с.
4. Давыдовский И.В. Геронтология, Москва: Медицина. – 1966. – 300 с.
5. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность // Consilium medicum. – 2005. – № 12. <http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/05J2/993.shtml>.
6. Лазебник Л.Б. Полиморбидность и старение // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 1 – С. 205-210.
7. Логинова Н.В. Тактика врача в диагностике и лечении заболеваний внутренних органов у лиц пожилого и старческого возраста / Н.В. Логинова, Т.В. Болотнова, Ю.А. Ревнивых // Научный вестник Тюменской медицинской академии. – 2000. – №3. – С. 18-21
8. Смирнова Л.Е. К проблеме коморбидности язвенно-эрозивных поражений гастродуоденальной зоны и артериальной гипертонии // Клиническая медицина. – 2003. – V. 3. – Р. 9-15.
9. Фрейдин М.Б., Пузырев В.П. Синтропные гены аллергических заболеваний // Генетика. – 2010. – Том 46, № 2. – С. 255-261
10. Bhaskaran K., Hajat S., Haines A. et. al. Short term effects of temperature on risk of myocardial infarction in England and Wales: time series regression analysis of the Myocardial

Ischemia National Audit Project (MINAP) registry // Br. Med. J. – 2010. – V. 341. – P. 3823-3830.

11. Caughey G.E., Vitry A.I., Gilbert A.L., Roughead E.E. Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia // BMC Publ. Hlth. – 2008. – V. 8. – P. 221.