

С.В. Воронин, Д.В. Черкашин, И.В. Бершева

Полиморбидность: определение, классификации, распространенность, методы оценки и практическое значение

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. На основе анализа российских и зарубежных литературных источников приводится определение понятия полиморбидность, дается ее классификация, сведения о распространенности, методах измерения и практическом значении. Подчеркивается, что в настоящий момент в литературе сосуществуют понятия полиморбидность, коморбидность, мультиморбидность, при этом общепризнанного определения их нет. Указанная неопределенность обусловлена исторически и связана с использованием данных понятий различными научными школами. В большинстве современных литературных источников под полиморбидностью (мультиморбидностью) понимается сочетание двух и более хронических заболеваний у одного пациента. На настоящий момент применяется немало количество различных методов измерения полиморбидности, имеющих свои достоинства и недостатки, при этом универсальный метод не разработан. Наиболее удобным для оценки полиморбидности в настоящее время признается индекс полиморбидности Charlson. В связи с отсутствием единых подходов к измерению полиморбидности, а также с учетом того, что исследования проводятся в разных популяционных выборках, публикуемые цифры распространенности полиморбидности существенно разнятся. Делается акцент на то, что полиморбидность является многогранной проблемой, имеющей не только клиническое, но, экономическое и социальное значение и требующей дальнейшего глубокого изучения.

Ключевые слова: коморбидность, полиморбидность, мультиморбидность, индекс полиморбидности, полипатии, сочетанные заболевания, транссистемная полиморбидность, шкала Charlson, классификация полиморбидности, популяционные исследования.

В конце XIX в. французский врач, патолог Шарль-Жозеф Бушар (С.Ж. Bouchard, 1837–1915 гг.) обратил внимание на то, что у пациентов с артропатиями и у их родственников часто встречается диабет, ожирение, камни желчных и мочевых путей, ранний атеросклероз, мигрень, бронхиальная астма и экзема. Ученый назвал это явление «артритизмом», связывал его развитие с общими метаболическими нарушениями, а именно, с их замедлением [16]. Р.А. Гудков, О.Е. Коновалов [4] отдают пальму первенства именно Шарлю Бушару, как основоположнику изучения сочетанной патологии и роли наследственности в ее формировании.

Современный подъем интереса к сочетанной патологии начался с 70-х годов XX в. и связан с трудами американского врача-эпидемиолога А.Р. Feinstein (1925–2001 гг.). Он впервые в 1970 г. ввел в клиническую практику понятие «коморбидность» (comorbidity) для обозначения дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него наличием любой дополнительной клинической сущности, которая уже существует или может появиться. А.Р. Feinstein продемонстрировал, что у больных с острой ревматической лихорадкой, имеющих несколько заболеваний, отмечается худший прогноз [19].

Понимание того, что пациент может страдать одновременно несколькими заболеваниями, породило множество синонимов термина коморбидность, среди которых можно выделить такие, как полиморбидность, мультиморбидность, полипатии, мультифакторные заболевания, соболезенность [6, 15].

М. Van den Akker et al. [29] с целью уменьшения неопределенности, касающейся терминов «коморбидность» и «мультиморбидность», установили, что под термином «коморбидность» необходимо понимать определение, которое было дано А.Р. Feinstein, а под «мультиморбидностью» – сочетание у одного больного одновременно двух и более хронических или острых заболеваний, медицинских состояний.

Схожим с термином «полиморбидность» является такое понятие, как «мультиморбидность» [2, 3]. Именно термин «мультиморбидность» используется в большинстве зарубежных литературных источников, посвященных данной проблеме и опубликованных в последнее время. Под ним понимается наличие двух или более хронических заболеваний у одного пациента [17, 27, 30].

В настоящее время в русскоязычной литературе распространенными являются два термина «коморбидность» и «полиморбидность». Большинство клиницистов используют указанные термины как синонимы [12]. Однако эти понятия отличаются друг от друга, как сказано выше, коморбидность – это на-

личие нескольких заболеваний, связанных единым патогенетическим механизмом, а полиморбидность – это наличие множественных заболеваний, возможно, не связанных между собой доказанными на текущий момент патогенетическими механизмами [7].

S. Meghani et al. [26], изучив 1354 литературных источника, опубликованных на английском языке в период между 1999 и 2012 гг., в названиях которых имелся термин «коморбидность», также придерживаются позиции о различии понятий коморбидность и мультиморбидность, указывая, что мультиморбидность – сосуществование двух и более заболеваний у пациента, не связанных между собой патогенетически, а коморбидность – сосуществование двух и более заболеваний, связанных между собой патогенетически.

Л.Б. Лазебник и др. [8, 9] предлагают следующее соотношение понятий полиморбидности, мультиморбидности и коморбидности, которое представлено на рисунке 1.

Пример коморбидной патологии (на примере атеросклероза сосудов) представлен на рисунке 2.

Пример мультиморбидной патологии представлен на рисунке 3.

Исходя из анализа литературных данных, в настоящий момент общепризнанного определения понятия полиморбидность, коморбидность, мультиморбидность нет. Эти понятия и их производные имеют близкое по своей сути значение, но при этом учеными делается акцент на их нетождественности. Указанная неопределенность обусловлена исторически и связана с использованием различными научными школами [4, 26].

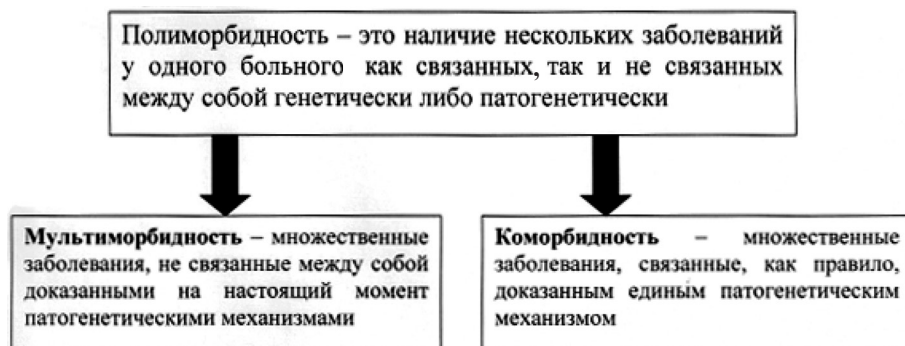


Рис. 1. Соотношение понятий полиморбидности, мультиморбидности и коморбидности

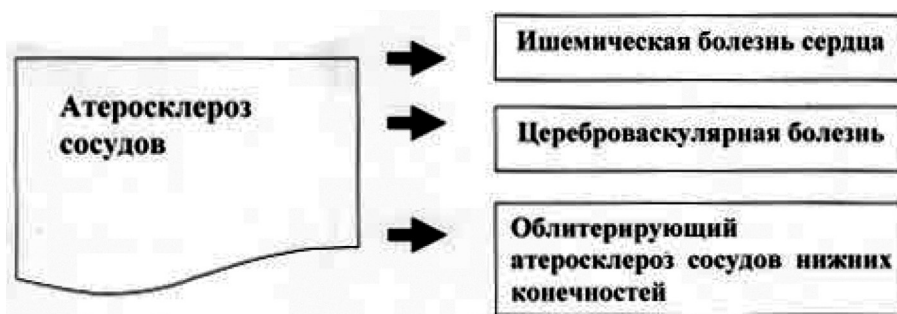


Рис. 2. Коморбидность на примере атеросклероза сосудов

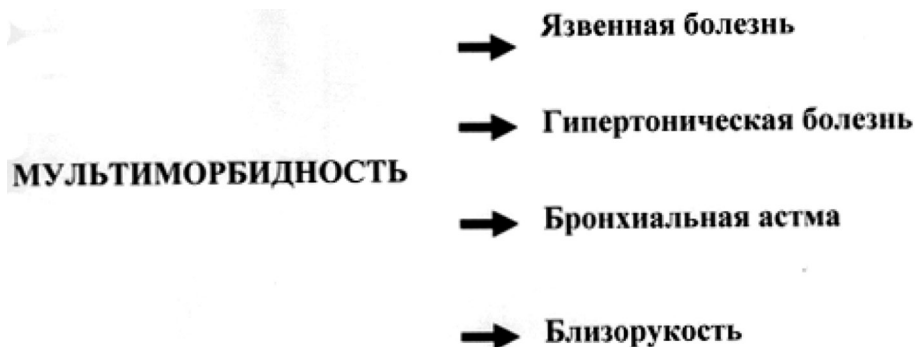


Рис. 3. Пример мультиморбидной патологии

В связи с тем, что нет единого подхода к определению понятий коморбидность, полиморбидность и мультиморбидность, нет и их единой классификации [14, 15]. Н.М. Митрофанов и др. [10], А.К. Нургазизова и др. [12] выделяют транссистемную, транснозологическую и хронологическую полиморбидность. При этом под транссистемной коморбидностью понимают количество классов Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), транснозологической – количество нозологических единиц МКБ-10, установленных у одного больного.

Кроме того, выделяют причинную, осложненную, ятрогенную, неуточненную, случайную коморбидность [12, 26, 29]. Причинная коморбидность характеризуется параллельным поражением органов и систем, которое обусловлено единым патогенетическим механизмом. Осложненная коморбидность является результатом основного заболевания и проявляется через некоторое время в виде поражения органов-мишеней (рис. 4).

Ятрогенная коморбидность проявляется при вынужденном негативном воздействии врача на пациента при условии заранее установленной опасности той или иной медицинской процедуры (рис.5).

В настоящее время в условиях развития доказательной медицины существенное значение приобретает измерение полиморбидности [6]. Существует ряд методик оценки полиморбидности, наиболее распространенными среди которых являются:

– система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), разработанная в 1968 г., позволяет оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре полиморбидного статуса пациентов. Правильное пользование системой CIRS подразумевает отдельную рейтинговую суммарную оценку состояния каждой из систем органов: 0 баллов – соответствует отсутствию заболеваний выбранной системы; 1 балл – легкое отклонение от нормы; 2 балла – болезни, нуждающиеся в назначении медикаментозной терапии; 3 балла – заболевание, ставшее причиной инвалидности; 4 балла – тяжелая органная недостаточность, требующая неотложной терапии. Данная система оценивает полиморбидность по сумме баллов от 0 до 56 баллов. Недостатками системы являются отсутствие учета возраста пациентов, специфики болезней пожилого возраста, злокачественных заболеваний и оценки прогноза [6, 25];

– индекс Kaplan-Feinstein. В этой системе оценки полиморбидности вес имеющихся заболеваний и их осложнений в зависимости от выраженности органических поражений классифицируется на легкие, средние и тяжелые. Данный индекс дает суммарную, но менее подробную, по сравнению с системой CIRS, рейтинговую оценку состояния каждой из систем органов: 0 баллов – отсутствие болезни, 1 балл – легкое течение заболевания, 2 балла – заболевание средней тяжести, 3 балла – тяжелая болезнь. Полиморбидность оценивается в диапазоне от 0 до 36 баллов. Недостатком является значительная обобщенность нозологий, а преимущество перед системой CIRS – возможность независимого анализа злокачественных образований и их тяжести [1, 23, 24];

– индекс Charlson. Представляет собой балльную систему от 0 до 40 наличия определенных сопутствующих заболеваний и используется для прогноза летальности. При его расчете суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляется один балл на каждые десять лет жизни при превышении пациентом сорокалетнего возраста. Имеется возможность оценки возраста пациента и определения смертности больных, которая при отсутствии полиморбидности составляет 12%, при 1–2 баллах – 26%, при 3–4 баллах – 52%, при сумме более 5 баллов – 85%. Недостатками методики являются отсутствие учета степени тяжести многих патологий, а также отсутствие ряда прогностически важных заболеваний [12, 18];

– индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existing Disease) первоначально разрабатывался для оценки коморбидности больных злокачественным образованием. Данная методика помогает в расчете продолжительности пребывания в стационаре и риска повторной госпитализации после проведенного хирургического вмешательства. Шкала 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, второй отражает влияние сопутствующих заболеваний на физическое состояние пациентов, оценивает 11 физических функций по трехбалльной шкале [6, 21];

Кроме перечисленных для расчета полиморбидности применяются индексы GIC (Geriatric Index of



Рис. 4. Пример осложненной коморбидности

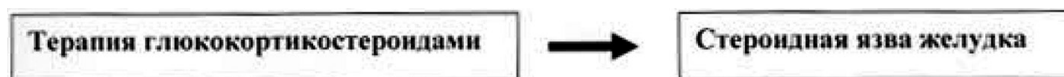


Рис. 5. Пример ятрогенной коморбидности

Comorbidity), FCI (Functional Comorbidity Index), TIBI (Total Illness Burden Index), DUSOI, шкала хронических заболеваний CDS (Chronic Disease Score), система Adjusted Clinical Group.

Н.Н. Журавлев, В.Н. Тхорикова [5, 6] наглядно продемонстрировали недостатки и достоинства имеющихся методик исследования полиморбидности (табл.).

В июне 2018 г. в Journal of Comorbidity были опубликованы результаты исследования, целью которого было обобщить мнение 30 экспертов по поводу опробованных ими 10 методик оценки коморбидности. По результатам исследования наибольшее число одобрений экспертов получил индекс Charlson (92,9 %) [22].

Отечественными учеными также предприняты попытки разработки методики оценки полиморбидности. Л.Б. Лазебник [8] предложил математически оценивать количественную сторону полиморбидности с помощью расчета индекса: общее число болезней/один пациент в той или иной возрастной когорте. Данный показатель позволяет судить о степени обремененности болезнями или о степени нозологической отягощенности.

Ю.И. Журавлев, В.Н. Тхорикова [5] разработали методику комплексной оценки полиморбидности, адаптированной к использованию в амбулаторно-поликлинической терапевтической практике. В ее основу легли принципы полипараметрического анализа и доказательной медицины, в качестве которых выступали анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные, функциональные, психологические и социальные параметры здоровья пациента. Особое внимание при этом уделялось учету факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, числу нозологических единиц, а также – степени функциональных

нарушений со стороны органов и систем. В дальнейшем полученные данные вводились в базу данных, выражались в баллах, присваиваемых в зависимости от количественного или качественного значения индикатора у данного пациента. Конечный результат исследования вычислялся с использованием математических методов, рассматривался как индекс полиморбидности и выражался в условных единицах. Для облегчения анализа полиморбидности строились гистограммы, представляющие собой комплексный визуальный образ состояния здоровья.

Ю.А. Николаев и др. [11] предлагают рассчитывать коэффициент транссистемной полиморбидности, его величина представляет собой количество физиологических систем организма, в которых у пациента имеются те или иные патологические отклонения. При этом величина, равная единице, соответствует причастности к патологическому процессу одной из систем организма. По мнению авторов, данный коэффициент можно обоснованно рассматривать как количественное выражение сочетанной патологии, имеющей как разнообразные, так и отчасти общие этиологические факторы и патогенетические последствия. Он информативно отражает характер и силу воздействия на организм человека таких интегральных внешних величин, как социально-экономические показатели и среда.

Как видно из представленных данных, несмотря на разнообразие способов оценки полиморбидности на настоящий момент общепринятого способа ее оценки, лишённого недостатков, нет. Основными препятствиями на пути внедрения систем оценки коморбидности в лечебно-диагностический процесс является их разрозненность и узкая направленность [1]. Клинические рекомендации «Коморбидная патология в клинической практике» [13] рекомендуют для оценки

Таблица

Сравнительная характеристика наиболее распространенных методик оценки полиморбидности и методики комплексной оценки полиморбидности (МКОП)

Показатель	CIRS	CIRS-G	Kaplan-Feinstein	Charlson	ICED	МКОП
Возраст	-	+	-	+	-	+
Пол	-	-	-	-	-	+
Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	-	-	-	-	-	+
Злокачественные новообразования	-	+	+	-	+	+
Степени тяжести нозологических форм	+	+	+	-	+	+
Функциональный статус	-	-	-	-	+	+
Прогноз	-	-	-	+	+	+
Стратификация степени полиморбидности пациента и эффективности проводимых мероприятий в динамике	-	-	-	-	-	+
Адаптация к нуждам первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации (планирование диспансерного наблюдения, экспертиза нетрудоспособности, оценка риска при сложных лечебно-диагностических вмешательствах, санаторно-курортный отбор и др.)	-	-	-	-	-	+
Общее число индикаторов	14	15	12	21	30	55

Примечание: «+» – учет признака предусмотрен; «-» – учет признака не предусмотрен.

определенного прогноза полиморбидных больных использовать индекс коморбидности Charlson.

В связи с отсутствием единых подходов к оценке полиморбидности, а также с учетом того, что исследования проводятся в разных популяционных выборках, публикуемые цифры распространенности полиморбидности существенно разнятся.

Ю.А. Николаев и др. [11] провели анализ показателей полиморбидности 9871 больного, проходившего лечение в одной из клиник г. Новосибирска с 2003 по 2011 г. Оценка показателя транссистемной полиморбидности оценивалась по группам разного социального положения (рабочие, служащие, работники административно-управленческого аппарата) и по половому признаку. Согласно полученным авторами данным, частота встречаемости транссистемной полиморбидности (количество физиологических систем организма, в которых у пациента имелись те или иные патологические отклонения) в 2003–2011 гг. увеличилась как у мужчин (с $3,09 \pm 0,15$ до $4,44 \pm 0,12$), так и у женщин (с $3,73 \pm 0,23$ до $4,36 \pm 0,13$).

И.М. Митрофанов и др. [10] изучали региональные особенности полиморбидности у жителей юга Западной Сибири и Якутии. Исследовав архивные данные 23310 больных, находившихся на лечении в клинике с 2003 по 2011 г., ученые показали, что среднее количество нозологических форм у одного больного составляло $5,19 \pm 0,01$, показатель полиморбидности у мужчин имел достоверно более низкие значения, чем у женщин, а у жителей Якутии характеризовался большими значениями в сравнении с жителями юга Западной Сибири.

Представляет собой интерес исследование, проводившееся в Дании с 2000 по 2015 г. и включившее в себя 3986209 человек старше 18 лет. В зависимости от количества выявленных у пациентов классов заболеваний (авторами анализировалось десять классов заболеваний) обследуемые были разделены на пять групп: с одним классом болезней, с двумя, тремя, четырьмя и пятью классами болезней. При этом полиморбидными считались пациенты, имеющие сочетание двух и более классов болезней. Согласно полученным данным, распространенность мультиморбидности в Дании составила в среднем 7,1% в 2000 г. и увеличивалась с 1,7% в возрастной группе 18–39 лет до 29,1% в возрастной группе 80 и более лет. Отмечено, что число пациентов, включенных в определенную группу, уменьшалось с увеличением количества выявляемых классов заболеваний и было наименьшим в группе с четырьмя и более классами заболеваний (0,48% от общего числа обследованных), а группа с двумя классами заболеваний составляла 5,17% от общего числа обследованных. Наиболее часто диагностируемыми классами заболеваний являлись класс заболеваний опорно-двигательного аппарата (7,4%) и класс заболеваний системы кровообращения (5,5%). Комбинация класса заболеваний опорно-двигательного аппарата с классом заболеваний системы кровообращения была наиболее распространенным

сочетанием и встречалась в 0,4% случаев. При этом данная комбинация встречалась во всех пяти группах пациентов.

A. Cassell et al. [17] провели исследование, используя методику случайной выборки медицинских документов 403985 взрослых пациентов, которые были зарегистрированы у врачей общей практики в Великобритании. Согласно результатам, у 27,2% пациентов, включенных в исследование, имелась мультиморбидность. Мультиморбидность была выше у женщин, чем у мужчин (30% против 24,4%), у людей с низким socioeconomic статусом, в сравнении с высоким socioeconomic статусом (30% против 25,8%). Показано возрастание полиморбидности с возрастом пациентов.

По данным исследования, проведенного в Квебеке (Канада), в которое включены 1710 человек, распространенность полиморбидности варьировала в зависимости от применяемой расширенной или сокращенной методики ее оценки. При применении расширенной методики оценки полиморбидности, включающей 21 состояние, ее распространенность составила 63,8%, а при применении сокращенной методики (включала 6 состояний) – 3,8% [27].

Значение полиморбидности можно разделить на несколько групп – клиническую, экономическую и социальную составляющие.

С точки зрения клинической составляющей, полиморбидная патология утяжеляет течение основного заболевания, приводит к изменению привычной клинической картины, становится причиной развития смертельных осложнений и является независимым фактором риска летального исхода. Увеличение риска смерти при полиморбидной патологии убедительно было показано в исследовании T.G. Willadsen et al. [30], в котором продемонстрировано увеличение относительного риска смерти в группах пациентов с несколькими классами заболеваний, в сравнении с группой без установленных заболеваний, увеличение относительного риска смерти с увеличением количества классов заболеваний в группе. Согласно полученным результатам, самый высокий риск смерти отмечался в группе, где имелась комбинация класса онкологических заболеваний с классом заболеваний нервной системы (относительный риск 6,35, 95% доверительный интервал 5,71–7,06), а группа с комбинацией заболеваний дыхательной системы и заболеваний системы кровообращения характеризовалась как высокой встречаемостью, так и высокой летальностью (относительный риск 5,75, 95% доверительный интервал 5,42–6,1). К этой же составляющей можно отнести и отсутствие в настоящее время согласованных международных клинических рекомендаций по ведению полиморбидных пациентов, мерам по вторичной и третичной профилактике полиморбидности, укоренившаяся приверженность мононозологической стратегии оказания помощи больным в терапевтической клинике.

С точки зрения экономической составляющей, наличие коморбидных заболеваний обуславливает увеличение койко-дня стационарного лечения, вероятность инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, увеличивает число осложнений после хирургических вмешательств, требует больших затрат на диагностику, лечение и реабилитацию. По данным С. Ritchie [28], около 80% средств системы здравоохранения выделяется на лечение пациентов с пятью и более заболеваниями. На этапе первичной медико-социальной помощи пациенты с несколькими заболеваниями скорее правило, чем исключение [15]. По данным М. Fortin et al. [20], 75% бюджета Соединенных Штатов Америки на медицину тратится на больных с коморбидной патологией, а выплаты по медицинской страховке у пациентов с одним заболеванием составляет 211 долларов, с четырьмя и более – в сотни раз больше (13973 долларов). Согласно данным А. Cassel et al. [17], врача общей практики пациенты с мультиморбидностью посещают в 2,56 раза чаще, чем пациенты без мультиморбидности, им в 5,91 раза чаще выписываются рецепты на лекарственные препараты, и эти пациенты в 2,58 раза чаще госпитализируются.

Социальное значение полиморбидности поддерживают следующие данные. Согласно данным Ю.А. Николаева и др. [11], у обследованных мужчин существовала прямая статистически значимая корреляционная связь полиморбидности с такими социально-экономическими показателями, как уровень начисления заработной платы, коэффициент фондов (соотношение оплаты труда 10% наиболее обеспеченных и 10% наименее обеспеченных граждан).

В исследовании А. Cassel et al. [17] показано, что выраженная социоэкономическая депривация связана с определенно высоким уровнем мультиморбидности (30%), против 25,8% у людей с наименьшим уровнем депривации, а в исследовании А. Ramond-Roquin et al. [27] самый высокий уровень распространенности полиморбидности (41,8%) отмечался в группе обследованных, имеющих средневысокий уровень социоэкономического статуса. В исследовании Т.G. Willadsen et al. [30] мультиморбидность преобладала в группах одиноких женщин и женщин с низким социально-экономическим статусом.

Важность клинической, экономической и социальной составляющей полиморбидности создала предпосылки для осуществления Европейского проекта «Инновационное оказание медицинской помощи людям с множественными хроническими состояниями в Европе» (ICARE4EU), проводимого с 2013 г., и направленного на улучшение ухода за людьми с множественными хроническими состояниями (мультиморбидностью) в Европейских странах (www.icare4eu.org), и публикации в 2017 г. клинических рекомендаций «Коморбидная патология в клинической практике» [13], разработанных общероссийской общественной организацией «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей)».

Таким образом, необходимость исследования полиморбидности состоит в следующем:

1. Преобладание в структуре заболеваемости хронических страданий, генез которых имеет преимущественно мультифакторный характер, отличающийся системностью поражения и полиморбидностью.
2. Увеличение абсолютного числа пациентов с полиморбидной патологией и их удельного веса в структуре работы врачей (врачей общей практики, семейных врачей, врачей терапевтов).
3. Высокая социально-экономическая значимость для общества. С увеличением количества заболеваний у пациента затраты на диагностику и лечение вырастают в геометрической прогрессии.
4. Полиморбидность является независимым фактором риска летального исхода и существенно влияет на прогноз заболевания и жизни.
5. Отсутствие знаний у врачей о тактике ведения пациентов с полиморбидной патологией.
6. Неизбежная полипрагмазия при полиморбидных заболеваниях.
7. Отсутствие международных и национальных рекомендаций по патогенетическим принципам вторичной и третичной профилактики полиморбидности.

Литература

1. Верткин, А.Л. Коморбидность в клинической практике / А.Л. Верткин, М.А. Румянцев, А.С. Скотников // Архив внутренней медицины. – 2011. – № 2. – С. 20–24.
2. Верткин, А.Л. Коморбидность (часть 2) / А.Л. Верткин, М.А. Румянцев, А.С. Скотников // Мед. газета. – 2013. – № 14. – С. 8.
3. Верткин, А.Л. Коморбидность: от истоков развития до современного понятия. Как оценить и прогнозировать / А.Л. Верткин [и др.] // Кардиолог. – 2011. – № 9. – С. 3–13.
4. Гудков, Р.А. Коморбидность, мультиморбидность, полипатии – три взгляда на сочетанную патологию / Р.А. Гудков, О.Е. Коновалов // Вестн. РУНД. Серия: Медицина. – 2015. – № 1. – С. 39–45.
5. Журавлев, Ю.И. Валидация методики комплексной оценки полиморбидности / Ю.И. Журавлев, В.Н. Тхорикова // Курский науч. практ. вестн. «Человек и его здоровье». – 2018. – № 1. – С. 17–24.
6. Журавлев, Ю.И. Современные проблемы измерения полиморбидности / Ю.И. Журавлев, В.Н. Тхорикова // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2013. – № 11 (154). – С. 214–219.
7. Лазебник, Л.Б. Полиморбидность и старение / Л.Б. Лазебник // Новости мед. и фармац. – 2007. – № 1. – С. 205.
8. Лазебник, Л.Б. Семантические трудности при полиморбидности / Л.Б. Лазебник, Л.И. Ефремов, Ю.В. Конев // Клин. геронтология. – 2015. – № 3–4. – С. 44–46.
9. Лазебник, Л.Б. Формирование полиморбидности в социуме / Л.Б. Лазебник // Клин. геронтология. – 2015. – № 3–4. – С. 3–7.
10. Митрофанов, И.М. региональные особенности полиморбидности в современной клинике внутренних болезней / И.М. Митрофанов [и др.] // Клин. медицина. – 2013. – № 6. – С. 26–29.
11. Николаев, Ю.А. Транссистемные полиморбидные состояния и их связь с социальным статусом пациентов терапевтической клиники / Ю.А. Николаев [и др.] // Росс. мед. журн. – 2016. № 22 (2). С. 60–65.
12. Нургазизова, А.К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность»

- / А.К. Нургазизова // Казанский мед. журн. – 2014. – Т. 95, № 14. – С. 292–296.
13. Оганов, Р.Г. Коморбидная патология в клинической практике: клинические рекомендации / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – № 16 (6). – С. 5–56.
 14. Оганов, Р.Г. Полиморбидность: закономерности формирования и принципы сочетания нескольких заболеваний у одного пациента / Р.Г. Оганов, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – № 15 (4). – С. 4–9.
 15. Шарабчиев, Ю.Т. Коморбидность – актуальная научная и научно-практическая проблема медицины XXI века / Ю.Т. Шарабчиев, В.В. Антипов, С.И. Антипова // Мед. новости. – 2014. – № 8. – С. 6–11.
 16. Bouchard, Ch. Lecons sur les maladies par ralentissement de la nutrition / Ch. Bouchard. – Librairie F. Savy. – Paris. – 1890. – 386 p.
 17. Cassell, A. The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study / A. Cassell [et al.] // British Journal of General Practice. – 2018. – № 4. – P. 245–251.
 18. Charlson, M.E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M.E. Charlson [et al.] // Chronic Dis. – 1987. – Vol. 40, № 5. – P. 373–383.
 19. Feinstein, A.R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease / A.R. Feinstein // J Chronic Disease. – 1970. – Vol. 23, № 7. – P. 455–468.
 20. Fortin, M. Systematic Review of Prevalence Studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology / M. Fortin [et al.] // Ann. Fam. Med. – 2012. – Vol. 10, № 2. – P. 142–151.
 21. Greenfield, S. The importance of coexistent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement: Comorbidity and outcomes after hip replacement / S. Greenfield, G. Apolone // Med. Care. – 1993. – № 31. – P. 141–154.
 22. Griffith, L.E. Key factors to consider when measuring multimorbidity: Results from an expert panel and online survey / E. Lauren [et al.] // Journal of Comorbidity. – 2018. – Vol. 8. – P. 1–9.
 23. Kaplan, M.H. Acritique of methods in reported studies of long-term vascular complications in patients with diabetes mellitus / M.H. Kaplan, A.R. Feinstein // Diabetes. – 1973. – Vol. 22, № 3. – P. 160–174.
 24. Kaplan, M.H. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus / M.H. Kaplan, A.R. Feinstein // Journal Chronic Disease. – 1974. – № 27. – P. 387–404.
 25. Linn, B.S. Cumulative illness rating scale / B.S. Linn, M.W. Linn, L. Gurel // Journal of the American Geriatrics Society. – 1968. – Vol. 16. – P. 622–626.
 26. Meghani, S.H. The Conceptualization and Measurement of Comorbidity: A Review of the Interprofessional Discourse / S.H. Meghani [et al.] // Nursing Research and Practice. – 2013. – P. 1–10.
 27. Ramond-Roquin, A. Different Multimorbidity Measures Result in Varying Estimated Levels of Physical Quality of Life in Individuals with Multimorbidity: A Cross-Sectional Study in the General Population / A. Ramond-Roquin [et al.] // Biomed Res Int. – 2016. – 9 p.
 28. Ritchie, C. Health care quality and multimorbidity: the jury is still out / C. Ritchie // Med Care. – 2007. – Vol. 45. – № 6. – P. 477–479.
 29. Van den Akker, M. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature / M. Van den Akker [et al.] // Eur J. Gen Pract. – 1996. – № 2. – P. 65–67.
 30. Willadsen, T.G. Multimorbidity and mortality: A 15-year longitudinal registry-based nationwide Danish population study / T.G. Willadsen [et al.] // Journal of Comorbidity. – 2018. – Vol. 8. – 9 p.

S.V. Voronin, D.V. Cherkashin, I.V. Bersheva

Polymorbidity: definition, classifications, prevalence, estimation methods and practical significance

Abstract. Based on the analysis of Russian and foreign literary sources, the definition of the concept of polymorbidity is given, its classification, information on prevalence, measurement methods and practical significance are given. It is emphasized that at present in the literature the concepts of polymorbidity, comorbidity, multimorbidity coexist, while there is no universally accepted definition of them. This uncertainty is historically conditioned and is associated with the use of these concepts by various scientific schools. In most modern literary sources, polymorbidity (multimorbidity) refers to a combination of two or more chronic diseases in one patient. At present, a considerable number of different methods of measuring polymorbidity are used, which have their own advantages and disadvantages, and a universal method has not been developed. The most convenient for assessing polymorbidity is currently recognized polymorbidity index Charlson. Due to the lack of unified approaches to the measurement of polymorbidity, as well as taking into account the fact that studies are conducted in different population samples, the published figures for the prevalence of polymorbidity vary considerably. Emphasis is placed on the fact that polymorbidity is a multifaceted problem that has not only clinical but also economic and social importance, which requires a further in-depth study.

Key words: comorbidity, polymorbidity, multimorbidity, polymorbidity index, polyopathies, combined diseases, transsystemic polymorbidity, Charlson scale, polymorbidity classification, population studies.

Контактный телефон: +7-921-345-04-09; e-mail: vmeda-nio@mil.ru