

С.В. Воронин

## Распространенность и особенности полиморбидности военнослужащих различных возрастных групп по результатам их медицинского освидетельствования для определения категории годности к военной службе

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

**Резюме.** Исследована распространенность полиморбидности и её особенности у военнослужащих различных возрастных групп. Установлено, что полиморбидность при медицинском освидетельствовании военнослужащих встречается во всех возрастных группах, увеличиваясь с возрастом. Для каждой возрастной группы военнослужащих формируются свойственные ей модели полиморбидности. Так, в возрастной группе до 35 лет полиморбидность встречается у трети обследованных и характеризуется как функциональными нарушениями системы кровообращения и органов пищеварения, так и наличием органической патологии системы кровообращения (врожденные аномалии (пороки развития), пролапс митрального и других клапанов), органов пищеварения (хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) и костно-мышечной системы (плоскостопие, дорсопатии). В возрасте от 35 до 45 лет полиморбидность встречается у 93,5% освидетельствованных и характеризуется наличием во всех моделях полиморбидности кардиальной и гастроэнтеральной составляющей, в 80% моделей – опорно-двигательной составляющей, в 60% – метаболической составляющей, в 40% – эндокринной составляющей. Полиморбидность встречается у 97,5% освидетельствованных в возрасте старше 46 лет и характеризуется наличием во всех моделях полиморбидности кардиальной, цереброваскулярной и опорно-двигательной составляющей, в 75% моделей – метаболической составляющей, в 50% – эндокринной составляющей.

**Ключевые слова:** коморбидность, мультиморбидность, полиморбидность, полипатии, индекс полиморбидности, сочетанные заболевания, транснозологическая полиморбидность, медицинское освидетельствование.

**Введение.** В современной клинике внутренних болезней серьезной проблемой является полиморбидность (наличие нескольких нозологических форм у одного пациента), что связано как с увеличением количества таких больных и трудностями в организации оказания им медицинской помощи, так и с тяжестью состояния этих пациентов, «маскированием» разных нозологий, сходными синдромами [6], ухудшением прогноза развития заболеваний и сложностями проведения их комплексной вторичной и третичной профилактики, увеличением смертности [7]. Непринятие во внимание этих факторов сопряжено со снижением приверженности пациентов к лечению из-за его низкой эффективности, что приводит к снижению качества жизни [10]. Полиморбидность имеет большое социальное и экономическое значение. Расходы на медицинское обслуживание и затраты на здравоохранение повышаются в геометрической прогрессии при увеличении числа заболеваний у одного пациента [9–11]. Вместе с тем очевидна недостаточность научных данных о закономерностях формирования и факторах, способствующих формированию полиморбидности как в популяции, так и у отдельных групп населения. Исследования, посвященные проблемам формирования полиморбидности у военнослужащих, в литературе встречаются в единичных случаях. При этом с учетом принятой в 2014 г. поправки в Федераль-

ный закон Российской Федерации «О воинской обязанности и военной службе» [8], которая ввела новые предельные сроки пребывания на военной службе, а также с учетом прав и социальных гарантий, которые в соответствии с указанным Федеральным законом распространяются на ряд офицеров, уволенных с военной службы, и на членов их семей, вероятность роста числа пациентов, имеющих полиморбидную патологию, получающих медицинскую помощь в военно-медицинских организациях, увеличивается. Таким образом, исследование полиморбидности у военнослужащих представляет собой актуальную проблему.

**Цель исследования.** Оценить распространенность и проанализировать особенности полиморбидности у военнослужащих различных возрастных групп по результатам их медицинского освидетельствования для определения категории годности к военной службе.

**Материалы и методы.** В рамках проведения медицинского освидетельствования для определения категории годности к военной службе (годности к службе по военно-учетной специальности) обследовано 139 военнослужащих в возрасте от 22 до 55 лет. Военнослужащие были разделены на три группы в соответствии с возрастом. Первую группу (43 чело-

века) составили военнослужащие первой возрастной группы (до 35 лет, средний возраст  $25,6 \pm 4,6$  года), вторую группу (49 человек) составили военнослужащие второй и третьей возрастной групп (36–45 лет, средний возраст  $41,3 \pm 2,7$  года), третью группу (47 человек) составили военнослужащие четвертой возрастной группы (старше 46 лет, средний возраст  $50,0 \pm 2,6$  года).

С целью исследования полиморбидности применялся архивный метод, включающий анализ историй болезни обследованных военнослужащих и протоколов заседаний военно-врачебной комиссии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова в части, касающейся установленного им диагноза.

Все диагнозы кодировались в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) [4, 7].

Транснозологическая полиморбидность оценивалась по количеству выявленных нозологических форм, соответствующих трехзначной рубрикации МКБ-10, у каждого обследуемого. Эта методика расчета предложена Л.Б. Лазебником и представляет собой математическую оценку количественной стороны 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 [1–3]. Методика была опробована в ряде отечественных исследований [5, 6]. С целью оптимизации статистической обработки и из-за низкой частоты встречаемости (по результатам исследования) несколько трехзначных кодов были объединены и представлены группой класса или классом (например, коды D13.1, D13.5, D17, D18, D22, D23, D35 объединены в группу D 10–36; коды L20, L21, L28, L40, L50 – в класс L00–99; T90, 92, 93 – в группу T90–98). Общее количество кодов МКБ-10 после группировки отдельных диагнозов составило 40. При оценке полиморбидности в обследованных группах учитывали коды МКБ-10 и соответствующие им диагнозы, частота встречаемости которых превышала 3,2% (среднюю частоту встречаемости каждого из оцениваемых кодов МКБ-10).

**Результаты и их обсуждение.** Общее количество закодированных диагнозов составило 1244, количество кодов МКБ-10, им соответствующих, – 106. Выявлено, что во всех обследованных группах преобладают болезни, соответствующие кодам J30–35 (другие болезни верхних дыхательных путей, среди которых преобладают вазомоторный ринит, смещенная носовая перегородка, хронический тонзиллит), H00–99 (болезни глаза и его придаточного аппарата, где в 98% случаев преобладает код H52 – нарушение рефракции и аккомодации), K05–08 (болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, среди которых в 98,9% случаев преобладает код K08 – потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни), рисунок 1.

С учетом незначительного влияния указанных заболеваний на жизненный прогноз при рассмотрении моделей полиморбидности они исключались, при этом при расчетах коэффициентов транснозологической полиморбидности данные диагнозы учитывались.

В группе военнослужащих в возрасте до 35 лет преобладали заболевания, соответствующие следующим кодам МКБ-10: F45 (нейроциркуляторная астеня, НЦА) – 10,09%, I45–49 (другие нарушения проводимости: блокада правой ножки пучка Гиса, пароксизмальные тахикардии, экстрасистолия) – 3,94%, I34–37 (пролапсы митрального и других клапанов сердца) – 3,15%, K29.5 (хронический гастрит) – 5,94%, K80–86 (болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, с преобладанием кода K83 – дискинезии желчевыводящих путей) – 5,72%, M21.4 (приобретенное плоскостопие) – 3,94%, M42 (дорсопатии) – 7,87%, Q (врожденные аномалии (пороки развития)) – 4,15%, T90–98 (последствия травм, отравлений и воздействий других причин) – 4,72% (рис. 2).

При анализе комбинаций установленных диагнозов (кодов МКБ-10) наиболее часто между собой сочетались следующие коды:

- F45 + K 29,5 (80–86) + M21.4 (42) – 19,1%;
- K 29,5 (80–86) + M21.4 (42) + T90–98 – 19,1%;
- F45 + M21.4 (42) – 16,2%;
- K 29,5 (80–86) + M21.4 (42) – 8,1%.

Таким образом, наиболее частыми моделями полиморбидности в группе освидетельствованных в возрасте до 35 лет были 4 модели.

Модель 1: психосоматическая (нейроциркуляторная астеня) – гастроэнтеральная (болезни органов пищеварения) – опорно-двигательная (болезни костно-мышечной системы).

В этой модели отмечалось сочетание нейроциркуляторной астении с нарушениями сердечного ритма и проводимости в 27,3% случаев.

Модель 2: гастроэнтеральная – опорно-двигательная – последствия травм.

Модель 3: психосоматическая – гастроэнтеральная.

В модели 3 отмечалось сочетание НЦА с нарушениями сердечного ритма и проводимости в 8,9% случаев.

Модель 4: гастроэнтеральная – опорно-двигательная.

В группе военнослужащих в возрасте до 35 лет с частотой, приближающейся к 3%, встречались коды K21 (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) – 2,36%, E80.4 (ферментопатические (доброкачественные) гипербилирубинемии) – 2,57%.

В целом полиморбидность встречалась у 33,3% обследованных в данной группе. Индекс транснозологической полиморбидности составил 3,1 ( $\sigma \pm 0,01$ ). Кроме того, у них отмечается достаточно высокое преобладание последствий травм (код T90–98) – 4,72% против 1,56–1,62% в старших возрастных группах.

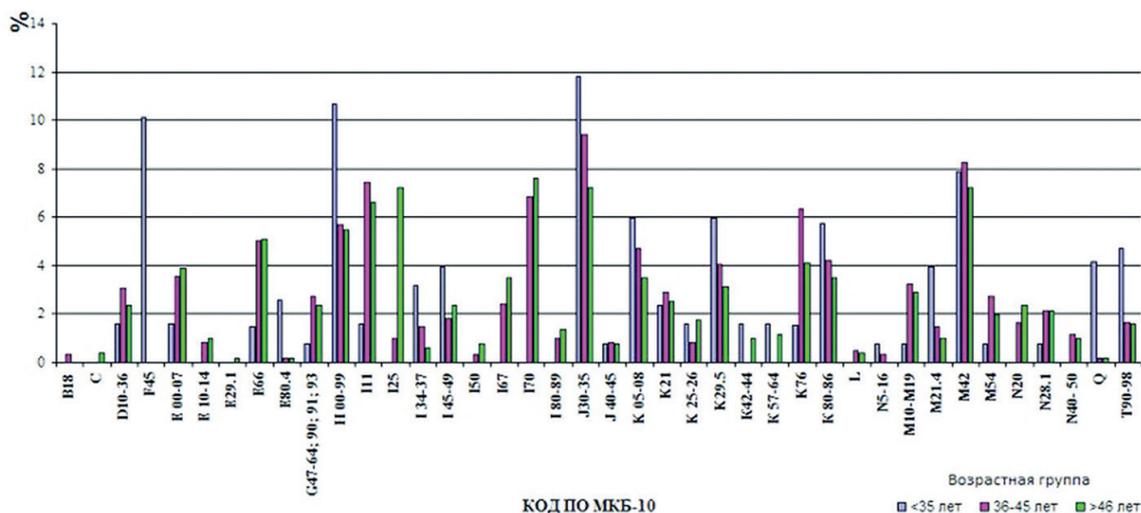


Рис. 1. Частота встречаемости кодов МКБ-10 в обследованных группах

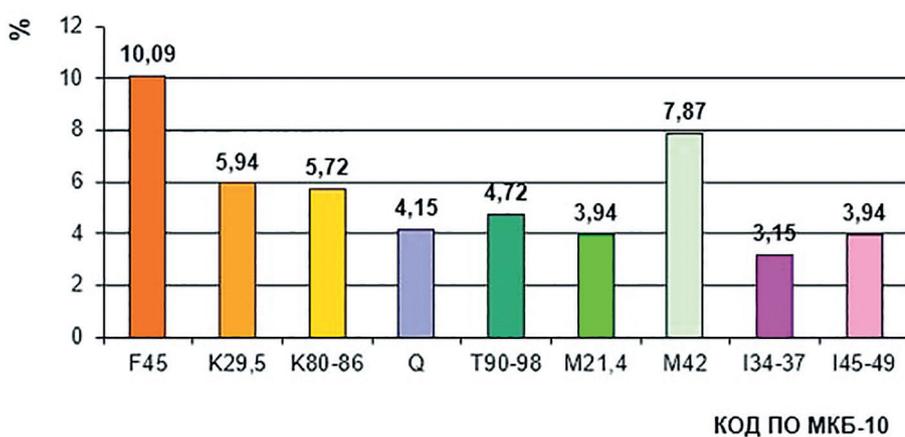


Рис. 2. Заболевания, преобладающие в группе военнослужащих в возрасте до 35 лет

В группе военнослужащих в возрасте от 36 до 45 лет преобладали заболевания, соответствующие следующим кодам МКБ-10: I11 (гипертоническая болезнь) – 7,46%; I70 (атеросклероз аорты) – 6,81%, M42 (дорсопатии) – 8,27%; M10-19 (артрозы) – 3,24%; E66 (ожирение) – 5,02%; E00-07 (болезни щитовидной железы) – 3,57%; K29.5 (хронический гастрит) – 4,05%; K76 (жировая дегенерация печени) – 6,32%; K80-86 (болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы) – 4,21% (рис. 3).

При анализе комбинаций установленных диагнозов (кодов МКБ-10) наиболее часто между собой сочетались следующие коды:

- E00-07 + E66 + I11 и/или I70 + K76 и/или K80-86 + M42 и/или M10-19 – 17,7%;
- E66 + I11 и/или I70 + K76 и/или K80-86 + M42 и/или M10-19 – 27,4%;
- E00-07 + I11 и/или I70 + K76 и/или K80-86 + M42 и/или M10-19 – 8,2%;
- I11 и/или I70 + K76 и/или K80-86 + M42 и/или M10-19 – 16,4%;
- E66 + I11 и/или I70 + K76 и/или K80-86 – 5,0%.

Таким образом, в группе освидетельствованных в возрасте от 36 до 45 лет наиболее часто встречались 5 моделей полиморбидности.

Модель 1: эндокринная (заболевания щитовидной железы) – метаболическая (ожирение) – кардиальная (болезни системы кровообращения) – гастроэнтеральная; опорно-двигательная.

Модель 2: метаболическая – кардиальная – гастроэнтеральная – опорно-двигательная.

Модель 3: эндокринная – кардиальная – гастроэнтеральная – опорно-двигательная.

Модель 4: кардиальная – гастроэнтеральная – опорно-двигательная.

Модель 5: метаболическая – кардиальная – гастроэнтеральная.

В группе освидетельствованных в возрасте от 36 до 45 лет с частотой, приближающейся к 3%, встречались коды: D10-36 (доброкачественные новообразования) – 3,08%; I67 (цереброваскулярные болезни: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения) – 2,43%; M54 (дорсалгии) – 2,76%; G00-99 (болезни нервной системы, которые в 64,7% случаев

были представлены полиневропатией и синдромом обструктивного апноэ во сне. Сама группа этих заболеваний включала в себя коды: G25 – эссенциальный тремор, G47,3 – синдром обструктивного апноэ во сне, G56, G57, G62 – поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатия, K21 (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) – 2,53%.

В целом в данной группе полиморбидность встречалась у 93,5% обследованных. Индекс транснозологической полиморбидности составил 9,82 ( $\sigma \pm 0,01$ ). Вместе с тем в этой группе появляются цереброваскулярные болезни (начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения), заболевания нервной системы (преимущественно полиневропатии), доброкачественные новообразования различных локализаций, дорсалгии, артрозы.

Появление цереброваскулярных заболеваний согласуется с наличием в данной группе гипертонической болезни и атеросклеротического поражения, дорсалгий – с процессами прогрессирования дорсопатии (частота выявления дорсопатий (8,27%) существенно не увеличилась в сравнении с возрастной группой до 35 лет (7,87%)). Развитие артроза, вероятно, обусловлено метаболической составляющей в виде ожирения (в 66,7% случаев выявлено сочетание ожирения с артрозом) вследствие избыточной нагрузки на крупные суставы нижних конечностей. С эндокринной составляющей можно

связать диагностируемый в данной группе синдром обструктивного апноэ во сне (в 75% случаев он ассоциирован с ожирением).

В группе военнослужащих в возрасте 46 лет и старше лет преобладали заболевания, соответствующие следующим кодам МКБ-10: I11 (гипертоническая болезнь) – 6,61%; I70 (атеросклероз аорты) – 7,59%; I25 (хроническая ишемическая болезнь сердца, в частности перенесенный в прошлом инфаркт миокарда) – 7,2%; I67 (цереброваскулярные болезни: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия) – 3,5%; M42 (дорсопатии) – 7,2%; E66 (ожирение) – 5,06%; E00-07 (болезни щитовидной железы) – 3,89%; K76 (жировая дегенерация печени) – 4,09%; K80-86 (болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы) – 3,5% (рис. 4.)

При анализе комбинаций установленных диагнозов (кодов МКБ-10) наиболее часто между собой сочетались следующие коды:

- E66 + I11 и/или I70 и/или I25 + I67 + K76 и/или K80-86 + M42 и/или M10-19 – 15,2%;
- E66 + I11 и/или I70 и/или I25 + I67 + M42 и/или M10-19 – 14,6%;
- E00-07 + I11 и/или I70 и/или I25 + I67 + M42 и/или M10-19 – 12,2%;
- E66 + I11 и/или I70 и/или I25 + I67 + M42 и/или M10-19 – 6,9%;

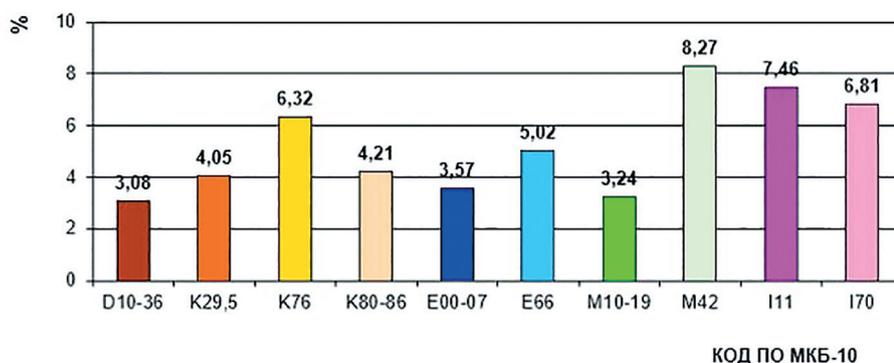


Рис. 3. Заболевания, преобладающие в группе военнослужащих в возрасте 36–45 лет

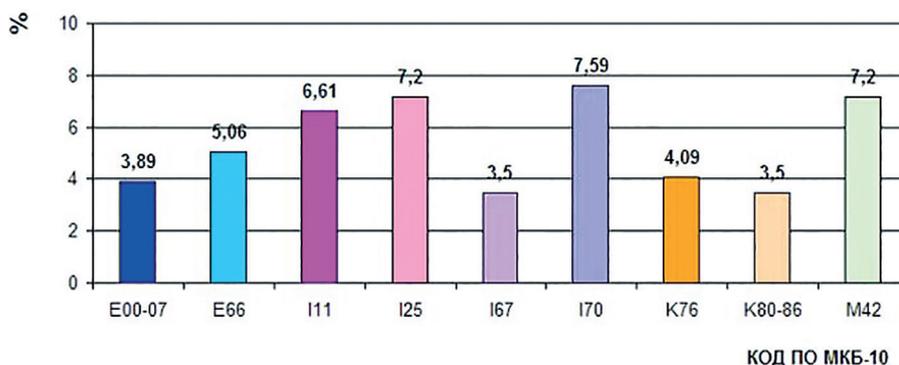


Рис. 4. Заболевания, преобладающие в группе военнослужащих в возрасте старше 46 лет

– E00-07 + E66 + I11 и/или I70 и/или I25 + I67 + K76 и/или K80-86 + M42 и/или M10-19 – 4,8%.

Таким образом, наиболее частыми моделями полиморбидности в группе освидетельствованных в возрасте старше 46 лет были 4 модели.

Модель 1: метаболическая – кардиальная – цереброваскулярная – гастроэнтеральная – опорно-двигательная.

Модель 2: метаболическая – кардиальная – цереброваскулярная – опорно-двигательная.

Модель 3: эндокринная – кардиальная – цереброваскулярная – опорно-двигательная.

Модель 4: эндокринная – метаболическая – кардиальная – цереброваскулярная – гастроэнтеральная – опорно-двигательная.

В группе освидетельствованных в возрасте 46 лет и старше лет с частотой, приближающейся к 3%, встречались коды: D10-36 (доброкачественные новообразования) – 2,33%; G00-99 (болезни нервной системы, которые в 50% случаев были представлены полиневропатией, в 14,2% случаев – синдромом обструктивного апноэ во сне, в 14,2% случаев – церебральными кистами. Сама группа этих заболеваний включала в себя коды: G25 – эссенциальный тремор, G47,3 – синдром обструктивного апноэ во сне, G56, G57, G62 – поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатия, G93 (церебральные кисты) – 2,33%, I45-49 (нарушения сердечного ритма и проводимости) – 2,33%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – 2,53%.

В целом в данной группе полиморбидность встречалась у 97,5% обследованных. Индекс транснозологической полиморбидности составил 12,09 ( $\sigma \pm 0,01$ ).

В этой группе обследуемых военнослужащих отмечается появление такой группы заболеваний, как хроническая ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения и постинфарктный кардиосклероз), стабильное присутствие цереброваскулярных болезней (начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения, дисциркуляторной энцефалопатии), ожирение, заболевания щитовидной железы, доброкачественные новообразования.

В структуре полиморбидности в группе военнослужащих старше 46 лет отмечено появление злокачественных образований (код C – 0,39%), которые не отмечены в других возрастных группах. Вместе с тем код F45 (нейроциркуляторная астения) был присущ исключительно группе военнослужащих в возрасте младше 35 лет (10,09%).

Заболевания щитовидной железы (код E00-07) встречались во всех возрастных группах, несколько увеличиваясь с 1,57 до 3,57% в группе военнослужащих младше 35 лет и до 3,89% в группе военнослужащих в возрасте 36–45 лет и старше 46 лет. Ожирение (код E66) встречалось во всех группах с увеличением его встречаемости с 1,45 до 5,02–5,06% в старших возрастных группах.

С увеличением возраста закономерно появляются такие нозологические формы, как хроническая ише-

мическая болезнь сердца (I25): 0,97% в возрастной группе от 36 до 45 лет и 7,2% в группе старше 46 лет; гипертоническая болезнь с 1,57% в группе младше 35 лет до 7,46% в группе от 36 до 45 лет и 6,61% в группе старше 46 лет; сердечная недостаточность – 0,32% в группе от 36 до 45 лет и 0,78% в группе старше 46 лет; цереброваскулярные болезни (I67) – 2,43% в группе от 36 до 45 лет и 3,5% в группе старше 46 лет; атеросклероз (I70) с 6,81% в возрастной группе от 36 до 45 лет до 7,59% в группе старше 46 лет; болезни вен (I83, 84) с 0,97% в группе от 36 до 45 лет и до 1,36% в группе старше 46 лет. При этом вклад данных нозологий в полиморбидность с возрастом увеличивается.

Некоторые нозологические формы стабильно сохраняют вклад в полиморбидность. Так, дорсопатии (M42) составляют 8% во всех возрастных группах, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – 2,36–2,92%, хронический гастрит – 5,94–3,11%.

Для некоторых нозологических форм отмечено уменьшение их вклада в полиморбидность с увеличением возраста. В первую очередь это относится к таким кодам, как Q (врожденные аномалии (пороки развития)) – уменьшение с 4,15 до 0,19%; T90-98 (последствия травм, отравлений и других внешних воздействий) – уменьшение с 4,72 до 1,56%; I34-37 (пролапс митрального и других клапанов, соединительно-тканые дисплазии сердца) – уменьшение с 3,15 до 0,58%; M21.4 (приобретенное плоскостопие) – уменьшение с 3,94 до 0,97%; E80.4 (ферментопатические (доброкачественные) гипербилирубинемии) – уменьшение с 2,57 до 0,19% соответственно.

Таким образом, в зависимости от течения заболевания некоторые из них могут снижать (вплоть до отсутствия влияния) или увеличивать свой вклад в полиморбидность, а также оказывать на нее стабильное влияние.

### Выводы

1. Полиморбидность среди военнослужащих встречается во всех возрастных группах в 40–98% случаев, увеличиваясь с возрастом.

2. Для каждой возрастной группы военнослужащих формируются свойственные ей модели полиморбидности.

3. Полиморбидность в возрастной группе военнослужащих до 35 лет характеризуется как функциональными нарушениями системы кровообращения (нейроциркуляторная астения) и органов пищеварения (дискинезии желчевыводящих путей), так и наличием органической патологии системы кровообращения (врожденные аномалии (пороки развития), пролапс митрального и других клапанов), органов пищеварения (хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) и костно-мышечной системы (плоскостопие, дорсопатии).

4. В возрастной группе военнослужащих от 35 до 45 лет в 93,5% случаев все модели полиморбидности характеризуются наличием кардиальной и гастроэнтеральной составляющей, в 80% – опор-

но-двигательной составляющей, в 60% – метаболической составляющей, в 40% – эндокринной составляющей.

5. В возрастной группе военнослужащих старше 46 лет у 97,5% освидетельствованных все модели полиморбидности характеризуются наличием кардиальной, цереброваскулярной и опорно-двигательной составляющей, в 75% – метаболической составляющей, в 50% – эндокринной составляющей.

### Литература

1. Лазебник, Л.Б. Полиморбидность и старение / Л.Б. Лазебник // Новости мед. и фармац. – 2007. – № 1. – С. 205.
2. Лазебник, Л.Б. Семантические трудности при полиморбидности / Л.Б. Лазебник, Л.И. Ефремов, Ю.В. Конев // Клин. геронтология. – 2015. – № 3–4. – С. 44–46.
3. Лазебник, Л.Б. Формирование полиморбидности в социуме / Л.Б. Лазебник // Клин. геронтология. – 2015. – № 3–4. – С. 3–7.
4. Международная классификация болезней МКБ-10. – М.: Медицина, 1998. – 924 с.
5. Митрофанов, И.М. Региональные особенности полиморбидности в современной клинике внутренних болезней / И.М. Митрофанов [и др.] // Клин. мед. – 2013. – № 6. – С. 26–29.
6. 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.
7. Приказ Минздрава РФ от 27.05.1997 № 170 (ред. от 12.01.1998) «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра» (вместе с «Планом основных мероприятий по переходу органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на МКБ-X на 1997–1998 годы», «Программой обучающего центра по внедрению международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра») // Здравоохранение. – 1997. – № 7. – С. 3–14.
8. Федеральный закон от 28.03.1998 г. № 53-ФЗ (ред. от 29.05.2019 г.) «О воинской обязанности и военной службе» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2019 г.). – М.: Омега-Л, 2019. – 64 с.
9. 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.
10. 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.
11. Ritchie, C. Health care quality and multimorbidity: the jury is still out / C. Ritchie // Med. Care. – 2007. – Vol. 45, № 6. – P. 477–479.
12. 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. – P. 9.

S.V. Voronin

### Prevalence and features of polymorbidity of servicemen of different age groups according to the results of their medical examination to determine the category of fitness for military service

**Abstract.** *The prevalence of polymorbidity and its features in military personnel of various age groups was studied. It has been established that polymorbidity during medical examinations of military personnel occurs in all age groups, increasing with age. For each age group of military personnel, its characteristic polymorbidity models are formed. So, in the age group up to 35 years, polymorbidity occurs in one third of the examined and is characterized by both functional disorders of the circulatory system and digestive organs, and the presence of organic pathology of the circulatory system (congenital malformations (developmental defects), mitral and other valve prolapse), digestive organs (chronic gastritis, gastroesophageal reflux disease) and the musculoskeletal system (flat feet, dorsopathies). At the age of 35 to 45 years, polymorbidity occurs in 93,5% of those examined and is characterized by the presence of a cardiac and gastroenteric component in all polymorbidity models, in 80% of the models – the musculoskeletal component, in 60% – the metabolic component, in 40% – the endocrine component. Polymorbidity occurs in 97,5% of those examined over the age of 46 years and is characterized by the presence in all models of polymorbidity of the cardiac, cerebrovascular and musculoskeletal component, in 75% of the models – the metabolic component, in 50% – the endocrine component.*

**Key words:** *comorbidity, multimorbidity, polymorbidity, polyopathies, polymorbidity index, combined diseases, transnosological polymorbidity, medical examination.*

Контактный телефон: 8-921-345-04-09; e-mail: vmeda-nio@mil.ru