

Северо-Западный  
государственный  
медицинский университет  
им. И.И. Мечникова

## ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В ГЕРИАТРИИ

А.Л. Арьев, Н.А. Овсянникова, Г.Т. Арьева, С.Д. Дзахова, В.Х. Хавинсон

*...главной проблемой  
сегодня является  
то обстоятельство,  
что полиморбидность  
ни в коем случае  
не должна  
рассматриваться  
как сопутствующая  
патология или  
другое состояние/  
заболевание, которое  
имеет второстепенное  
значение по отношению  
как к лечению ведущей  
внутренней патологии,  
так и лечению рака.*

*В статье приводится обзор научных публикаций  
по проблеме полиморбидности в гериатрии.  
Обобщена литературная активность  
(за период 1991–2015 годы по данным PubMed),  
касающаяся полиморбидности и онкологических заболеваний.  
Делается вывод об актуальности настоящего  
направления в медицине, включая геронтоонкологию.*

Люди пожилого и старческого возраста – одна из наиболее сложных категорий пациентов в практике врача любой специальности.

По заключению экспертов ВОЗ старение – это естественный результат всех процессов, ведущих к снижению способности к адаптации. Они рекомендуют учитывать следующие особенности заболеваемости пожилых: множественные патологические состояния; быстрое ухудшение состояния в случаях поздней обращаемости за медицинской помощью; высокая частота осложнений, вызванных болезнью и лечением; необходимость реабилитации.

Эксперты ВОЗ отмечают, что существуют различия между понятиями «старение» и «накопление признаков заболевания». При этом лишь 3–6% пожилых и старых людей можно признать физиологически стареющими, т.е. практически здоровыми.

В старших возрастных группах значительно выше не только заболеваемость, но и количество заболеваний у каждого пациента [Модестов Е.А. и соавт., 2001; Bohmer F., 2001; VandenAkker M. et al., 2001; Wilson D.H. et al., 2005]. По сравнению с лицами молодого возраста пожилые имеют в 2 раза больше заболеваний, старые – в 6 и более раз [Аксаментов Г.Б., 2002].

Одной из важных проблем гериатрической практики является полиморбидность – наличие нескольких заболеваний у одного больного [Fried L. P. et al., 2004; Crabtree H.L. et al., 2000; Harboun M. et al., 2001; Gray L.K. et al., 2002; Firat S. et al., 2003]. Начало заболеваний, формирующих полиморбидность и их хронизация приходится преимущественно на средний возраст, но результат их суммарного накопления, т.е. период яркой демонстрации, начинает проявляться именно в пожилом возрасте. Следует иметь в виду, что полиморбидность у пожилых приводит к сложному переплетению многих симптомов, снижая их диагностическую ценность или потенцируя эти проявления, ухудшает течение одного из компонентов. Трудности установления диагноза на фоне полиморбидности могут явиться причиной так называемой «ненамеренной профессиональной ошибки» (в англоязычной литературе принят термин *medical error* – ME), которая в некоторых случаях может служить причиной юридической ответственности медицинского работника. Все это требует интегрального подхода к принятию решения о доминирующем диагнозе и рациональной терапии с привлечением различных специалистов [Брискин Б.С., 2007]. В среднем при обследовании больных пожилого и старческого возраста определяется 3–5 болезней. Автор приводит данные Самарского областного госпиталя ветеранов войны, согласно которым у 70% пациентов старше 70 лет регистрируется три и более

болезней. По сведениям Г.Б. Аксаментова (2002), у пожилых пациентов гериатрического стационара в среднем имелось 4,1 заболевания на одного человека, а у старых – 4,6 (учитывались только клинически выраженные нозологические формы, проявлявшиеся у пациентов в течение ряда лет). По данным Van den Akker et al. (2001), 78% лиц в возрасте 80 лет и старше имеют два и более хронических заболеваний, тогда как среди детей и подростков до 19 лет процент полиморбидности не превышает 10.

Л.Б. Лазебник и др. (2007) анализировали число заболеваний у больных терапевтических отделений геронтологического стационара в зависимости от возраста. Авторами получены следующие данные: число заболеваний на одного пациента в возрасте 60–65 лет составляет 5,2±1,7; 66–70 лет – 5,4±1,4; 71–75 лет – 7,6±1,7; 76–80 – 5,8±1,6; 81–85 – 5,8±1,8; 86–90 – 4,4±1,6; у долгожителей 91–95 лет – 3,2±0,5.

Обращает на себя внимание, что с увеличением возраста индекс «количество заболеваний/один больной» уменьшается. Это происходит в силу нескольких причин. Во-первых, до преклонных лет доживают люди, страдающие меньшим количеством хронических заболеваний. Во-вторых, известно, что некоторые хронические заболевания с возрастом подвергаются инволюции или исчезают (например, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки). В-третьих, под воздействием лечения многие заболевания приобретают иную клиническую форму («лекарственный» или «ятрогенный полиморфоз»). Примерами могут служить трансформация болевой формы ИБС в безболевую при многолетнем лечении антиангинальными средствами [Ли Е.Д., 2005] или исчезновение приступов стенокардии и нормализация артериального давления (АД) после имплантации электрокардиостимулятора.

Клинические проявления последствий старения организма значительно прогрессируют при воздействии неблагоприятных факторов и возникновении болезней. При развитии любого патологического состояния в старости нарушение компенсаторных механизмов, повышенная истощаемость приводят к тому, что развиваются морфофункциональные нарушения не только той системы, которая поражена, но и ряда других, в первую очередь нервной и сердечно-сосудистой. Так, клинические проявления, характерные для нарушений в центральной нервной системе (ЦНС), могут отмечаться при декомпенсации хронических либо присоединении острых заболеваний внутренних органов как за счет усиления симптоматики возрастных изменений, так и вследствие развития патологических процессов в нервной системе из-за срыва механизмов компенсации. Именно этим можно объяснить то, что у пациентов старшей возрастной группы зачастую преобладают жалобы, целиком связанные с неврологическими или психоэмоциональными фактора-

ми. Для пациента, особенно старческого возраста, максимально важно в результате терапии улучшить самочувствие, уменьшить или избавиться от субъективных симптомов заболевания. В клинической практике эффективность купирования основных жалоб определяет степень доверия пациента врачу и уровень комплаентности больного к проводимому лечению [Темникова Е.А., 2009].

Многokrратно доказано, что повышенное АД увеличивает темпы развития атеросклероза, является одним из главных факторов риска ИБС, поэтому эти две нозологические формы часто протекают в виде сопутствующих заболеваний (стенокардия, инфаркт миокарда, аритмии), что повышает риск развития осложнений и летального исхода. Высокое АД является главным фактором риска развития мозгового инсульта. В настоящее время считается аксиомой, что первичная профилактика мозгового инсульта заключается в снижении АД.

Проблемы артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД), а особенно их сочетание привлекают внимание большого числа специалистов разного профиля (терапевтов, кардиологов, нефрологов, эндокринологов, хирургов и др.). Распространенность СД составляет около 6–10% среди взрослого населения, а среди пожилых колеблется в довольно широких пределах – от 8,9 до 16% [Комиссаренко И.А., 2007; Wilson D.H. et al., 2005]. Частота ежегодно вновь регистрируемых случаев в среднем составляет около 10% на 1000 человек. Повышение систолического АД на каждые 10 мм рт. ст. у больных СД увеличивает риск развития сердечно-сосудистых событий на 20%.

Развитие СД 2 типа увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний в 2–4 раза [Мыслицкая Г.В. и соавт., 2008]. Наличие СД сопряжено с возникновением всех форм ИБС – стенокардии, безболевой ишемии миокарда, инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти. Наличие микроангиопатий и невропатий при СД способствует формированию безболевых вариантов ИБС. У больных СД в 20–25% случаев, т.е. вдвое чаще, чем обычно, встречается безболевой инфаркт миокарда, что связывают с автономной кардиальной нейропатией [Балаболкин М.И., 2000; Соколов Е.И., 2002; Мареев В.Ю., 2003; Бурматнов М.В., 2004; Дедов И.И. и соавт., 2004].

СД может также являться одной из основных причин развития ишемического инсульта – как самостоятельно, приводя к нарушению метаболизма в нервной ткани, так и будучи фактором риска развития острого нарушения мозгового кровообращения, вызывая ангиопатию головного мозга, которая, в свою очередь, способствует нарушению микроциркуляции [Бицадзе Р.М. и соавт., 2008]. Кроме того, СД приводит к развитию раннего атеросклероза сосудов головного мозга вследствие утолщения стенок сосудов каротидного бассейна. По некоторым данным,

СД повышает риск развития ишемического инсульта в 2 раза [Сорокоумов В.А., 2000].

Примером полиморбидности у пожилых является метаболический синдром, который определяется как комплекс обменных, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия. В англоязычной литературе в качестве синонима встречается термин «синдром Х», синдром инсулинорезистентности, дисметаболический синдром. Его распространенность может достигать 24%, т.е. данный синдром имеется у каждого 4-го взрослого человека. Кроме того, в последние десятилетия отмечается тенденция к неуклонному росту этой патологии. Особенно тяжелые последствия возникают у пожилых пациентов. В возрастной группе старше 60 лет доля больных с метаболическим синдромом составляет 42–43,5%; большая часть сердечно-сосудистых осложнений синдрома также приходится на пожилых. Доказано, что среди пациентов с метаболическим синдромом смертность от ИБС выше на 40%, от АГ – в 2,5–3 раза, а смертность от СД 2 типа – в 4 раза выше, чем в общей популяции [Гаспарян Э.Г. и соавт., 2008; Комиссаренко И.А., 2009].

У лиц старше 60 лет наиболее часто встречающимся сопутствующим заболеванием является остеоартроз, составляющий 10–12% в общей структуре заболеваний [Пшетаковский И.Л., 2004]. Частота остеоартроза увеличивается с возрастом: среди лиц 50 лет она достигает 50%, а старше 60 лет – более 90%. Остеоартроз – самая распространенная форма заболеваний суставов, является одной из основных причин инвалидности, снижает качество жизни и требует значительных финансовых затрат для лечения [Денисов И.Н., Резе А.Г., 2000]. К лечению больных старших возрастных категорий требуется особый подход, что обусловлено недостаточностью функций пожилого организма, ограничением его физиологических приспособительных возможностей [Pavelka K. et al., 2000]. При этом в процессе лечения желательно ставить целью не максимальное восстановление нарушенных функций, а уменьшение выраженности симптоматики без повреждающего воздействия на организм. Поскольку медикаментозное лечение заболеваний у таких пациентов зачастую вызывает больше побочных реакций, чем само заболевание, целесообразно использование природных и физических лечебных факторов [Дыдыкина И.С. и соавт., 2002].

В настоящее время обращает на себя внимание высокая распространенность патологии бронхолегочной системы у кардиологических больных, в частности сочетания АГ, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемического генеза. Так, по данным отечественных и зарубежных авторов [Чичерина Е. Н., 2003; Никифоров В.С., Свистов А.С.,

2005; Brett S.E., Forte P., 2002], сопутствующая ХОБЛ выявляется у 55–66% пациентов с ХСН. В экономически развитых странах ХОБЛ и ИБС относятся к числу наиболее распространенных заболеваний. В сочетании они составляют около 62% в структуре заболеваемости больных старших возрастных групп. Уровень смертности от данных заболеваний превышает 50% [Симонова Ж.Г. и соавт., 2003]. Около 50% больных ХОБЛ имеют сопутствующие ИБС, АГ или сердечную недостаточность. В исследовании [Rutten F.H. et al., 2006] установлено, что частота ХСН среди больных ХОБЛ составляет более 20%, а левожелудочковой дисфункции – до 46%. При обследовании более 5800 пациентов с инфарктом миокарда сопутствующая ХОБЛ была выявлена примерно на 50% чаще, чем в общей популяции. Удлинение интервала QT, ассоциированное с повышением частоты фатальных нарушений сердечного ритма, регистрировали у больных ХОБЛ, сопровождающейся гипоксемией [Rossi A. et al., 2002]. Известно, что у 69% больных ХОБЛ тяжелого течения, также сопровождающейся гипоксемией, имеют место эпизоды наджелудочковой тахикардии, у 22% – пароксизмы желудочковой тахикардии, и у 83% – регистрируется желудочковая экстрасистолия, что ассоциируется с возрастанием риска летального исхода.

Обострение ХОБЛ актуализирует проявления сопутствующего сердечно-сосудистого заболевания [Синопальников А.И., Воробьев А.В., 2007].

Почти 75% больных бронхиальной астмой (БА) пожилого возраста имеют хотя бы одно сопутствующее хроническое заболевание [Barnard A. et al., 2005; Wilson D.H. et al., 2005]. Наиболее часто встречаются ИБС, АГ, катаракта, остеопороз, респираторные инфекции [Soriano J.B. et al., 2005]. 4,65% пожилых больных БА и 12,5% больных БА старческого возраста ранее перенесли инфаркт миокарда до 2–3 раз [Овчаренко С.И., 2006; Алиева К.М. и соавт., 2007; Soriano J.B. et al., 2005]. Сопутствующие болезни часто видоизменяют клиническую картину астмы.

Наибольшая частота осложнений в анамнезе со стороны сердечно-сосудистой системы (инфаркты миокарда, инсульты и др.) выявлялась у больных с дебютом БА в пожилом возрасте. Этот факт свидетельствует о том, что БА, развившаяся в возрасте 60 лет и старше, возникает нередко уже на фоне серьезной сердечно-сосудистой патологии [Куандыкова М.В. и соавт., 2008]. Для диагностики сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста с БА должны выполняться клинический анализ крови, рентгенологическое исследование органов грудной полости и придаточных пазух носа, ЭКГ, по показаниям – эхокардиография [Емельянов А.В., 2008].

Особенность БА у пожилых заключается в том, что она увеличивает риск госпитализации (в 2 и более раз), значительно снижает качество жизни