

Введение

Коморбидность как актуальная проблема современного общества и здравоохранения

В условиях демографического старения населения отмечается рост числа заболеваний у одного пациента. При этом эксперты ВОЗ прогнозируют увеличение к 2050 г. числа людей, достигших 80-летнего возраста, с нынешних 125 миллионов до 434 миллионов человек [1; 2; 3; 4]. Старение населения влечет за собой огромные медико-социальные последствия, порождает множество проблем и ставит новые задачи перед здравоохранением. В последние годы практикующим врачам все чаще приходится сталкиваться с проблемами развития коморбидности, решать вопросы выбора рациональной тактики ведения пациентов с сочетанной патологией [3; 4; 5]. Вместе с тем, до сих пор не отработаны алгоритмы ведения таких пациентов, становится все более актуальным создание подобных алгоритмов.

Достижения фундаментальных исследований в патофизиологии, генетике, иммунологии, патоморфологии, фармакологии второй половины двадцатого и начала нынешнего столетий позволили увеличить продолжительность жизни при хронических неинфекционных заболеваниях. Тем не менее, их профилактика и лечение обозначены ВОЗ как приоритетный проект второго десятилетия XXI в., направленный на повышение качества жизни населения мира.

В указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [1] поставлены цели: Правительству Российской Федерации обеспечить достижение следующих национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г.:

- а) обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации;
- б) повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 г. — до 80 лет).

Наблюдается увеличение числа больных с несколькими хроническими заболеваниями (коморбидность, мультиморбидность) с возрастом.

Около 80 % пожилых людей имеют три заболевания и более. У больных бронхиальной астмой старше 65 лет в 63 % случаев выявляют остеоартрит, в 20 % выявляют ишемическую болезнь сердца, инсульт, в 16 % — сахарный диабет. У пожилых пациентов с хронической почечной недостаточностью частота ИБС выше на 22 %, а новых коронарных событий — в 3,4 раза выше по сравнению с пациентами без нарушения функции почек. При развитии терминальной почечной недостаточности, требующей заместительной терапии, частота хронических форм ИБС составляет 24,8 %, а инфаркта миокарда — 8,7 %. Число коморбидных заболеваний существенно повышается с возрастом. Коморбидность повышается с 10 % в возрасте до 19 лет до 80 % у лиц 80 лет и старше. У пациентов с коморбидностью прогрессивно увеличивается трехлетняя смертность, при наличии двух и более заболеваний она достигает 82 %. Сохранение такой тенденции ожидается и в будущем, что обоснованно вызвало всплеск интереса к проблеме полипатий специалистов разного профиля и противоречивые мнения. Так, число публикаций, зарегистрированных в базе данных Medline по ключевому слову «мультиморбидность», возросло с 2010 по 2020 г. в 5 раз, в 2010 г. создано международное научное общество мультиморбидности (International Research Community on Multimorbidity — IRCMo).

На этапе первичной медико-санитарной помощи пациенты с наличием одновременно нескольких заболеваний являются скорее правилом, чем исключением. Основной объем оказания плановой медицинской помощи пациентам с коморбидностью ложится на первичное звено здравоохранения. Согласно данным исследований, распространенность коморбидности составляет от 69 % у больных молодого возраста (18–44 лет) до 93 % среди лиц средних лет (45–64 лет) и до 98 % у пациентов старше 65 лет [3; 4]. При этом число хронических заболеваний варьирует от 2,8 у молодых пациентов до 6,4 — у пожилых.

Участковый терапевт является врачом первого контакта, врачом, осуществляющим длительное в течение жизни наблюдение и лечение пациентов, реализует профилактические и реабилитационные мероприятия на уровне первичной медико-санитарной помощи. От участкового терапевта зависит гра-

мотное ведение таких пациентов, взаимодействие с врачами специалистами, верная маршрутизация на всех уровнях. Практическое медицинское сообщество, исследователи и эксперты активно говорят о том, что ведение пациента с коморбидностью является непростой задачей, сопряженной с целым рядом трудностей и необходимостью координации. В данном учебном пособии рассматриваются методические вопросы подхода к коморбидному пациенту в практике врача участкового терапевта. Пособие предназначено для обучающихся медицинских вузов по специальности «Лечебное дело».

Глава 1

Понятие коморбидности. Методы измерения коморбидности

Понятие коморбидности. Возникновение термина «коморбидность» связывают с именем Alvan Feinstein, врача, исследователя и эпидемиолога, внесшего вклад в развитие исследований в области клинической эпидемиологии, который в 1970 г. предложил это понятие (от лат. *co* — вместе, *morbus* — болезнь). Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него.

Сегодня под **коморбидностью** понимают сочетание у одного пациента двух или более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них. Это определение подчеркивает принципиально важное положение: коморбидные заболевания часто возникают вследствие сходства или единства звеньев их этиопатогенеза.

Термин «коморбидность» употребляется чаще всего, однако он имеет ряд синонимов, среди которых встречаются «полиморбидность», «мультиморбидность», «полипатия», «соболезненность», «множественный диагноз», «плюрипатология» и т. д. Следует иметь в виду, что отдельных клинических рекомендаций по коморбидности не существует. Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Множественность заболеваний и причин смерти определяется как коморбидность. В МКБ-10 подчеркивается, что учет коморбидных заболеваний следует делать в соответствии с местными правилами, поскольку международных правил на этот счет не существует.

Среди причин формирования коморбидности выделяют внутренние и внешние причины. К внутренним причинам относятся генетическая предрасположенность, сходные факторы этиологии, единые и/или перекрестные патогенетические механизмы заболеваний, влияние одного заболевания как как предрасполагающего для развития другой болезни, едино-

направленные инволютивные изменения происходящие в органах и тканях с возрастом. К внешним причинам относятся: образ жизни и социально-психологический статус, состояние экологии, антигенный состав микробиома пациента, прием лекарств, вредные привычки и т. д.

Выделяют разные формы взаимовлияния заболеваний в коморбидности:

- синтропия, или взаимное притяжение — сочетание двух и более патологических состояний с общими этиопатогенетическими механизмами;
- дистропия, или взаимное отталкивание — невозможность сочетания болезней;
- нейтропия, или нейтральное состояние, хронологическая коморбидность — случайное сочетание болезней.

Увеличение числа хронических заболеваний и состояний, влияющих на здоровье человека, привело к современной тенденции по выделению отдельного термина: мультиморбидность, в литературе, также именуемый, как «множественные долгосрочные состояния». В 2016 г. Национальный институт здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании опубликовал рекомендации по диагностике и лечению мультиморбидных состояний. Учитывая отсутствие иных документальных источников, различающих мультиморбидность и коморбидность, ориентация на данный документ может быть полезна в том числе для работы с коморбидными состояниями [24].

Согласно критериям, представленным в рекомендациях NICE, мультиморбидностью следует считать наличие двух и более долгосрочных состояний у пациента, которые могут быть представлены следующим:

- 1) диагностированные долгосрочные состояния, затрагивающие физическое или психическое здоровье, такие как сахарный диабет или шизофрения;
- 2) текущие состояния, такие как неспособность к обучению;
- 3) симптомокомплексы, такие как хроническая боль или истощение;
- 4) сенсорные нарушения, такие как потеря зрения или слуха;

5) злоупотребление алкоголем или иными веществами [24].

Общепринятой классификации коморбидности не существует, хотя предпринимались многочисленные попытки систематизировать данные в этой области. Одни из первых таких моделей рассматривали коморбидность как наличие у человека в определенный период жизни более чем одного заболевания, а другие — как относительный риск человека с одним заболеванием приобрести другое. Выделяли транссиндромальную, трансэтиологическую и хронологическую коморбидность. Первые два варианта представляют собой сосуществование у одного пациента двух и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой, а последний основан только на их временном совпадении. Такая классификация не совсем точна, но уже позволила понять, что коморбидность может быть связана с едиными причинно-патогенетическими механизмами заболеваний. Некоторые авторы противопоставляют друг другу понятия коморбидности и мультиморбидности, считая первую наличием множества заболеваний, связанных единым патогенетическим механизмом, а вторую как наличие множественных заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами. Выделяют группы коморбидности по какому-либо объединяющему признаку:

- причинная коморбидность — вызвана параллельным поражением различных органов и систем, обусловленным единым патологическим фактором, например алкогольная висцеропатия у больных хронической алкогольной интоксикацией (включая хронический панкреатит, алкогольную кардиомиопатию, цирроз печени и др.), патология, ассоциированная с курением, системное поражение при аутоиммунной патологии, поражение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата при ожирении и др.;

- осложненная коморбидность — является результатом основного заболевания и развивается обычно через длительное время в виде поражения органов-мишеней, например диабетическая нефропатия у больных сахарным диабетом 2-го типа, последствия ОНМК в результате осложненного гипертонического криза у больных гипертонической болезнью и др.;

- ятрогенная коморбидность — при вынужденном негативном воздействии показанного лечения одного заболевания (как правило, тяжелого) на состояние других органов и систем пациента. Например, глюкокортикостероидный остеопороз у пациентов, длительное время получающих терапию системными глюкокортикостероидами, лекарственный гепатит в результате химиопрофилактики и химиотерапии туберкулеза и др.;

- случайная коморбидность — при сочетании у пациента патогенетически и этиологически не связанных между собой заболеваний, например сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и желчнокаменной болезни, комбинация приобретенного порока сердца и псориаза. Однако «случайность» и кажущаяся алогичность данных комбинаций в некоторых случаях может быть объяснена с клинических и/или научных позиций.

Методы измерения коморбидности. Одними из первых способов оценки коморбидности стали система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) и индекс Kaplan — Feinstein, разработанные соответственно в 1968 и 1974 гг. Система CIRS, предложенная B. S. Linn, явилась революционным открытием, так как дала возможность практическим врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре коморбидного статуса их пациентов. Однако она не учитывала возраст больных и специфику болезней пожилого возраста, поэтому спустя 23 года была модифицирована M. D. Miller, разновидность системы CIRS у пожилых больных получила название CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics).

Применение системы CIRS подразумевает отдельную оценку состояния каждой из систем органов и их суммирование. Согласно CIRS, 0 означает отсутствие заболеваний выбранной системы, 1 — наличие легких отклонений или перенесенные в прошлом заболевания, 2 — наличие заболевания с необходимостью назначения медикаментозной терапии, 3 — заболевание, ставшее причиной инвалидности, 4 — тяжелая органная недостаточность, требующая проведения неотложной терапии. Система CIRS оценивает коморбидность по сумме баллов, которая может варьировать от 0 до 56, чем выше балл, тем менее благоприятен прогноз для пациента.

Пример оценки коморбидности по системе CIRS представлен в *табл. 1*.

**Пример оценки коморбидности
по системе CIRS**

Заболевания пациентки А., 75 лет	Баллы				
	0	1	2	3	4
Болезни сердца				X	
Болезни сосудов (кровеносных и лимфатических)					X
Болезни крови (костного мозга, селезенки, периферической крови)	X				
Болезни органов дыхательной системы		X			
Болезни органов чувств		X			
Болезни органов верхних отделов пищеварительной системы				X	
Болезни органов нижних отделов пищеварительной системы	X				
Болезни печени	X				
Болезни почек		X			
Болезни органов мочеполовой системы			X		
Болезни органов опорно-двигательной системы				X	
Болезни органов центральной и периферической нервной системы				X	
Болезни органов эндокринной системы и нарушения метаболизма			X		
Психические нарушения	X				
Сумма баллов	23				

Индекс Kaplan — Feinstein был создан на основе изучения воздействия сопутствующих заболеваний на 5-летнюю выживаемость больных сахарным диабетом 2-го типа. В этой системе оценки коморбидности все имеющиеся заболевания и их осложнения в зависимости от выраженности органических поражений классифицируются на легкие, средние и тяжелые. При этом вывод о суммарной коморбидности делается на основе наиболее тяжелых проявлений со стороны какой-либо системы органов. Данный индекс дает суммарную, но менее подробную по сравнению с системой CIRS оценку состояния каждой из систем органов: 0 — отсутствие болезни, 1 — легкое течение заболевания, 2 — заболевание средней тяжести, 3 — тяжелая болезнь. Индекс Kaplan — Feinstein оценивает коморбидность по сумме баллов от 0 до 36, пример оценки коморбидности

представлен по этой шкале представлен в *табл. 2*. Недостатком этого способа оценки коморбидности является чрезмерная обобщенность нозологий и отсутствие в шкале большого количества заболеваний, которые, вероятно, следует отмечать в графе «разное», что уменьшает объективность этого метода, в то же время к преимуществам индекса Kaplan — Feinstein перед системой CIRS относят возможность оценки вклада злокачественных новообразований в коморбидность.

Таблица 2

Пример оценки коморбидности по индексу Kaplan — Feinstein

Заболевания пациентки А., 75 лет	Баллы			
	0	1	2	3
Артериальная гипертония				X
Болезни сердца			X	
Болезни сосудов				X
Болезни органов центральной и периферической нервной системы		X		
Болезни органов дыхательной системы		X		
Болезни почек		X		
Болезни печени		X		
Болезни пищеварительной системы		X		
Злокачественные новообразования	X			
Болезни опорно-двигательной системы				X
Алкоголизм	X			
Разное			X	
Сумма баллов	18			

Более современными и широко применяемыми системами оценки коморбидности являются шкала ICED и индекс Charlson. Индекс Charlson был предложен в 1987 г. М. Charlson, представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 40) наличия сочетания заболеваний и предлагается для оценки прогноза жизни пациента. При расчете индекса суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляется один балл на каждые десять лет жизни при превышении пациентом возраста 40 лет (т. е. 50 лет = 1 балл, 60 лет = 2 балла) (*табл. 3*). Коморбидность пациентки А., 75 лет, согласно данной методике соответствует легкой степени (8 баллов из 40). Основным отличием и достоинством индекса Charlson является возможность оценки возраста пациента и определения прогноза

смерти больных в процентах. При отсутствии коморбидности риск смерти в ближайшие годы составляет 12 %, при 1–2 баллах — 26 %; при 3–4 баллах — 52 %, а при сумме более 5 баллов — 85 %. Данная методика имеет и недостатки, например при расчете коморбидности не учитывается тяжесть болезней, кроме того, сомнительно, что теоретически возможный прогноз пациента, страдающего бронхиальной астмой и хроническим лейкозом, сопоставим с прогнозом пациента с инфарктом миокарда и инсультом. Некоторые из недостатков индекса Charlson были исправлены в 1992 г. в его модификации с добавлением хронических форм ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности.

Таблица 3

**Пример оценки коморбидности
с помощью индекса Charlson**

Заболевания пациентки А., 75 лет	Балл	
Инфаркт миокарда	1	X
Сердечная недостаточность	1	X
Поражение периферических сосудов	1	
Преходящее нарушение мозгового кровообращения	1	X
Острое нарушение мозгового кровообращения с минимальными остаточными явлениями	1	
Деменция	1	
Бронхиальная астма	1	
Хронические неспецифические заболевания легких	1	
Коллагенозы	1	
Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки	1	X
Цирроз печени без портальной гипертензии	1	
Сахарный диабет без конечно-органных поражений	1	
Острое нарушение мозгового кровообращения с гемиплегией или параплегией	2	
Хроническая почечная недостаточность с уровнем креатинина > 3 мг %	2	X
Сахарный диабет с конечно-органными поражениями	2	X
Злокачественные опухоли без метастазов	2	
Острый и хронический лимфо- или миелолейкоз	2	
Лимфомы	2	
Цирроз печени с портальной гипертензией	3	
Злокачественные опухоли с метастазами	6	
Синдром приобретенного иммунодефицита	6	
Сумма баллов	8	

В отличие от индекса Charlson в индексе коморбидности Elixhauser используется перечень из 31 пункта. Ответы строятся по бинарному принципу, где для каждого из состояний необходимо выбрать его наличие, или отсутствие. Оценка индекса формируется путем суммирования количества установленных состояний [24; 25].

Индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease) был первоначально разработан S. Greenfield для оценки коморбидности больных злокачественными новообразованиями, а в последующем был распространен на других пациентов. Данный метод помогает в расчете продолжительности пребывания в стационаре и риска повторной госпитализации пациента после проведенного хирургического вмешательства. Для расчета коморбидности шкала ICED предлагает оценивать состояние пациента отдельно по двум компонентам: физиологическим и функциональным характеристикам. Первый компонент включает в себя 19 заболеваний, каждое из которых оценивается по 4-балльной шкале, где 0 — это отсутствие болезни, а 3 — ее тяжелая форма. Второй компонент оценивает влияние заболеваний на физическое состояние пациента. Он оценивает 11 физических функций по 3-балльной шкале, где 0 — это нормальная функция, а 2 — невозможность ее осуществления. Необходимо отметить, что данный подход наиболее соответствует современной классификации болезней и согласуется с необходимостью оценивания по международной классификации функционирования.

В настоящее время существует более 10 методов измерения коморбидности. Помимо представленных систем существуют еще индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity, 2002 г.), индекс FCI (Functional Comorbidity Index, 2005 г.), индекс TIBI (Total Illness Burden Index, 2009 г.), а также ряд шкал, позволяющих пациентам самостоятельно оценивать свою коморбидность. Это в первую очередь говорит о том, что не выработаны до сих пор единые подходы и невозможно ориентироваться только на один какой-либо вариант.

В работе Драпкиной О. М. с соавторами (2019 г.) приведен аналитический обзор международных и российских рекомендаций по организации помощи пациентам с мультиморбидной

патологией. Авторами отмечается важное различие отечественных и зарубежных рекомендаций, с акцентом Российских авторов на клинических аспектах ведения коморбидного пациента, в то время как в зарубежных источниках, упор делается на вопросах организации помощи и в целом тактики ведения пациентов с мультиморбидными состояниями, с целью обеспечения оптимального качества жизни и снижения бремени как болезни, так и проводимого лечения [25]. Ключевыми направлениями для достижения высокого качества оказания медицинской помощи такой категории пациентов, авторы считают разработку образовательного и методического сопровождения для обучения врачей всех специальностей, в том числе в формате мультидисциплинарных команд; регулярные медицинские осмотры для своевременного выявления отклонений в здоровье населения; трансляцию знаний от узкопрофильных специалистов к врачам первичного звена; обучение пациентов навыкам контроля за своим состоянием и привлечение пациентов к активному участию в выборе методов лечения, диагностики и реабилитации [24; 25].

Неоднозначность и противоречивость результатов оценки по разным шкалам могут затруднить суждение об истинной тяжести состояния пациента и назначение рациональной фармакотерапии. С подобными трудностями ежедневно сталкивается любой практический врач, независимо от клинического опыта и медицинской специальности. Важно, чтобы анализ клинической ситуации пациента, давая новые результаты, не запутал бы практического врача. Несомненно, необходим индивидуальный подход к каждому пациенту со всесторонним изучением клинической картины коморбидных заболеваний, с комплексным подходом к диагностике и наиболее рациональным в данной клинической ситуации лечением.

Глава 2

Методические подходы к формулировке диагноза коморбидного пациента в практике участкового терапевта

Непростые задачи лечащему врачу приходится решать при формулировке диагноза коморбидного пациента. Диагноз — это краткое врачебное заключение о состоянии здоровья пациента, имеющихся у него заболеваниях или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и клиническими рекомендациями и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней [6; 7]. В систематике заболеваний МКБ-10 отсутствует специальный раздел коморбидности. Однако, в настоящее время выработаны определенные общие правила формулировки клинического диагноза в случае коморбидности [6; 8]. Основными из них является выделение в структуре диагноза пациента заболеваний основного и коморбидных, их осложнений, а также сопутствующей патологии. Рубрики диагноза при коморбидности должны включать диагнозы заболеваний: 1) основного; 2) коморбидных (конкурирующее, сочетанное, фоновое), при наличии; 3) осложнений основного (и коморбидных) при наличии; 4) сопутствующих [4; 6].

Методические подходы к формулировке диагноза коморбидного пациента. Диагноз является заключительной частью процесса диагностики или формулируется на определенных этапах обследования пациента и отражается в медицинских документах (в условиях первичной медико-санитарной помощи это медицинская карта пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях, форма 025у). В 2015–2017 гг. Российским обществом патологоанатомов и профильной комиссией по патологической анатомии Минздрава РФ утверждена серия национальных клинических рекомендаций по правилам формулировки диагноза при различных заболеваниях. Перечислим сформулированные в преамбуле рекомендаций общие положения, которые обязательны для всех медицинских работников, в том числе на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Диагноз — это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней.

Диагноз должен быть:

- нозологическим (каждая рубрика должна начинаться с нозологической формы, если это невозможно — синдрома);
- соответствующим международной номенклатуре и классификациям болезней (Международной номенклатуре болезней и МКБ-10, рекомендациям ВОЗ, действующим Клиническим рекомендациям;
- развернутым, содержать интранозологическую характеристику патологических процессов (клинико-анатомическую форму, тип течения, степень активности, стадию, функциональные нарушения), включать все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные;
- этиологическим и патогенетическим (если не противоречит медико-социальным требованиям, имеющим приоритет);
- структурно оформленным — рубрифицированным (разделенным на унифицированные рубрики);
- фактически и логически обоснованным (достоверным);
- своевременным и динамичным (особенно заключительный клинический диагноз).

Функции диагноза:

1) медицинская — диагноз является обоснованием к выбору методов лечения и профилактических мероприятий, а также для оценки прогноза развития заболевания;

2) социальная — диагноз является обоснованием для медицинской экспертизы

3) правовая — освобождение от работы, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи;

4) экономическая — диагноз является основой для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядков

оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;

5) статистическая — диагноз является источником государственной статистики заболеваемости и причин смерти населения.

Рубрики диагноза:

1. Основное заболевание.
2. Коморбидные заболевания (конкурирующее, сочетанное, фоновое) — при наличии.
3. Осложнения основного (и коморбидных — при наличии) заболеваний.

Подрубрика: Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (и их осложнения).

4. Сопутствующие заболевания.

Нерубрифицированный клинический диагноз считается непригодным для кодирования и статистического анализа, не подлежит сопоставлению с патологоанатомическим диагнозом. В этом случае может быть выставлено расхождение диагнозов 2 категории по субъективной причине.

В табл. 4 представлена сравнительная схема рубрификации клинического диагноза в простом варианте и в варианте коморбидности [6].

Таблица 4

Схема рубрификации клинического диагноза

Стандарт	Коморбидность
1. Основное заболевание 2. Осложнения основного заболевания 3. Сопутствующие заболевания	1. Основное заболевание 2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (не более 3, коморбидные) — при наличии 3. Осложнения основного (и коморбидных — при наличии) заболеваний 4. Сопутствующие заболевания

Существует ряд правил формулировки клинического диагноза коморбидного пациента.

Основным правилом является выделение в структуре диагноза основного и фоновых заболеваний, а также их осложнений и сопутствующей патологии.

Если пациент страдает несколькими заболеваниями, то одно из них обычно является **основным**. Это та нозологическая

форма, которая сама по себе или вследствие ее осложнений вызывает первоочередную необходимость получения медицинской помощи в данное время, наиболее угрожает жизни и трудоспособности. Основное заболевание само по себе или через осложнения может быть причиной летального исхода. Основным является заболевание, послужившее причиной обращения за медицинской помощью. Такое определение содержится в ст. 2 ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [8]. Необходимо помнить, что диагноз — категория динамическая. По мере диагностического поиска или эволюции заболеваний со временем, основным может стать диагноз другого, наименее прогностически благоприятного заболевания, при этом прочие болезни становятся сопутствующими. **Основное** заболевание — это нозологическая форма (заболевание, травма, реже синдром), записанная в принятых в отечественных классификациях согласно Клиническим рекомендациям, Международной классификации болезней терминах, которая явилась ведущей причиной лечебно-диагностических мероприятий, а, в случае смерти, сама по себе или через обусловленные ей осложнения привела к летальному исходу.

В некоторых случаях основными могут быть несколько конкурирующих тяжелых заболеваний. **Конкурирующие** заболевания — это имеющиеся одновременно у пациента нозологические формы, взаимонезависимые по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающие критериям основного заболевания. **Конкурирующие** заболевания — это коморбидные нозологические единицы или травмы (реже — синдромы), которыми также страдал пациент, и, в случае смерти, могли самостоятельно к ней привести.

Фоновое заболевание способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность, способствует развитию осложнений. Данное заболевание, также как и основное, требует безотлагательного лечения. **Фоновые** заболевания — это коморбидные нозологические единицы или травмы (реже — синдромы), которые этиологически не связаны с основным, но были причиной развития и отягощали течение основного, или конкурирующего, или сочетанного заболеваний. В случае ятрогении, фоновым заболеванием является то, по поводу которого проводилось медицинское вмешательство.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru