

© Артамонов Р.Г., 2011

Р.Г. Артамонов

## К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ, Москва

**Представлен краткий обзор сообщений о коморбидности у больных – взрослых и детей и обсуждается проблема коморбидности в педиатрической практике.**

**Ключевые слова:** коморбидность, дети.

**The short review of reports on comorbidity is presented and view point on comorbidity in pediatrics is discussed.**

**Key words:** comorbidity, children.

Коморбидность – это сочетание двух и более болезней у одного больного. Понятие коморбидности (comorbidity) впервые предложил A.R. Feinstein (1970). Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и отличается от него.

Существует несколько определений этого клинического понятия.

Коморбидность – сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения.

Коморбидность – это острые и хронические болезни, не связанные с диагнозом основного заболевания, послужившим поводом для госпитализации [1].

Первоначально термин коморбидность применялся в психиатрии в связи с различиями депрессивных и тревожных расстройств из-за постоянного сочетания симптомов обеих групп, которое часто затрудняет их отнесение к той или иной группе расстройств. Затем этот термин использовался для клинических ситуаций сочетания психических и соматических расстройств [2].

Сочетание двух и более болезней у одного больного обратило на себя внимание в первую очередь тем, что повышало риск летального исхода. Первоначальные работы изучали, в какой степени можно предсказать

летальный исход в течение 1 года у онкологических больных при наличии у них коморбидности [3]. Авторами этой работы было показано, что в случаях более тяжелой коморбидности прогноз для жизни ухудшается, причем вне зависимости от стадии рака.

М.Е. Charlson и соавт. [4] был предложен прогностический индекс, на основе которого можно предсказать летальный исход у больного раком в сочетании с коморбидностью.

Естественно, что с возрастом число болезней у одного больного возрастает. Так, D. Campbell–Scherer [5] показал, что у лиц старше 65 лет в 50% случаев имеется три и более коморбидных состояний, у 20% – 5 и более.

В большинстве работ было показано, что наличие коморбидности утяжеляло состояние больного и требовало определенных диагностических и лечебных подходов. Особый акцент делается на расчете индекса летального исхода при коморбидности в течение года после выписки из стационара.

Коморбидность довольно интенсивно в течение последних десятилетий изучается в клинике (психиатрической и соматической) у взрослых и только в последние годы обратила на себя внимание педиатров Западной Европы и США. Так же как у взрослых, изучались случаи коморбидности соматических и психических нарушений у детей. Было показано, что психическая коморбидность присутствует у 13,6% детей. Психические расстройства представлены нарушением поведения, задержкой развития, психозами и отрав-

### **Контактная информация:**

**Артамонов Рудольф Георгиевич** – д.м.н., проф. каф. детских болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**Адрес:** 117997 г. Москва, ул. Островитянова, 1

**Тел.:** (495) 236-43-33, **E-mail:** gartamonov@yahoo.com

Статья поступила 23.05.11, принята к печати 28.09.11.

лениями. Чаще это дети постпубертатного возраста и девочки. У них психические нарушения ассоциировались с беременностью и мочеполовой инфекцией [1]. В другой работе авторы показали, что ожирение ассоциировано в 25% случаев с врожденными и приобретенными пороками сердца [6]. Появились работы и по коморбидности колоректального рака у молодых пациентов [7], а также о поведенческих проблемах у детей, больных бронхиальной астмой [8], считая такое сочетание отклонений коморбидностью. Поведенческие отклонения при синдроме Туретта у подростков также представляются в некоторых работах как коморбидность: синдром дефицита внимания и гиперактивности, депрессия, проблемы с обучением [9]. Соматическая патология у детей, ассоциированная с отклонениями в поведении и симптомами гиперактивности, также рассматривается как коморбидность, и рекомендуется у больных с соматическими болезнями пытаться выявить психические отклонения [10].

Делается попытка разработать прогностическую (prediction) модель и для педиатрической коморбидности [11]. Проведенный анализ показал, что не все болезни годятся для расчета индекса смерти в течение 1 года после выписки из больницы. Например, церебральный паралич, инфекция мочевого тракта, плевральный выпот, анемия, дегидратация, бронхиальная астма. В группе болезней, в которой можно предсказать одногодичную смерть после выписки, среди прочих значатся рак головного мозга, несахарный диабет и др.

Не всегда попытки установить коморбидность увенчиваются успехом. Исследование коморбидности при первичном энурезе не выявило достоверности развития поведенческих отклонений у больных детей [12].

В отечественной литературе изучение коморбидности представлено у взрослых больных [13]. Автором предложено «12 тезисов коморбидности»:

- 1) коморбидность встречается часто, особенно у пожилых;
- 2) коморбидность неоднородна (случайная, причинная, осложненная, неуточненная);
- 3) коморбидность увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз;
- 4) коморбидность следует учитывать при диагностике болезней;
- 5) при коморбидных заболеваниях следует уточнить лечение;
- 6) лечение нескольких болезней требует учета сочетаемости препаратов;
- 7) коморбидные болезни увеличивают затраты ресурсов;
- 8) коморбидность повышает риск побочных эффектов медикаментов;
- 9) коморбидные болезни снижают приверженность к лечению;
- 10) необходимо расширять исследования коморбидности;
- 11) важна оптимальная стратегия ведения коморбидных болезней (последовательная, параллельная);
- 12) в рекомендации целесообразно включать разде-

лы коморбидности (рекомендации, ориентированные на болезнь, на врача и на пациента).

Тезис 2 представляет особый интерес для рассмотрения. Случайная коморбидность, например: больной бронхиальной астмой ребенок попадает в ДТП и получает черепно-мозговую травму или переломы конечностей. Причинная коморбидность и осложненная коморбидность, видимо, могут быть этиологически или патогенетически связанными. Например, сахарный диабет и инфекция органов мочевого выделения; гастродуоденит и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; скарлатина и ревматическая лихорадка.

Следует сказать, что в традициях отечественной клинической медицины заключительный клинический диагноз заболевания практически всегда включал в себя выделения диагноза основного заболевания, его осложнений и диагноз сопутствующего заболевания. Особенно это ярко проявляется в патологии больных пожилого и старческого возраста. Но в клинике детских болезней практически всегда педиатр выявляет более одного заболевания. Чтобы убедиться в этом, достаточно посмотреть историю болезни любого ребенка в соматическом отделении. Современные параклинические методы исследования нередко позволяют выявить у ребенка патологические состояния или процессы совсем не те, по поводу которых он поступил в клинику.

Ниже приводим пример из собственной практики.

Выписка из истории болезни Маргариты, 8 лет. Поступила в 15 отделение Морозовской городской клинической детской больницы 02.09.2010, выписана 10.09.2010.

Клинический диагноз: основной – антральный гастрит, дуоденит (обострение); дуоденогастральный рефлюкс; сопутствующие заболевания – желчнокаменная болезнь, стадия билиарного сладжа; гемолитическая анемия (болезнь Минковского–Шоффара); спленомегалия.

Краткий анамнез жизни и заболевания (собирается со слов отца ребенка): с рождения наблюдается у гематолога с диагнозом гемолитическая болезнь. Зимой 2009–2010 гг. перенесла ротавирусную инфекцию. С весны 2010 г. жалобы на схваткообразные боли в верхней половине живота. Амбулаторно при УЗИ выявлены признаки хронического калькулезного холецистита; спленомегалия. Была назначена диета. Лекарственную терапию не получала. В течение 2 недель перед госпитализацией боли в животе усилились.

При поступлении состояние средней тяжести. ЧСС 100/мин. Кожа смуглая с иктеричным оттенком. Субиктеричность склер и слизистых оболочек ротовой полости. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см. Селезенка выступает из-под края левой реберной дуги на 3 см, плотная, болезненная при пальпации. Стул оформлен, окрашен.

Клинические анализы крови (из амбулаторной карты): Hb 110, 89, 90, 102 г/л; эр. 3,69 – 3,35 · 10<sup>12</sup>/л, СОЭ 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови 3.09.2010: общий белок 84 г/л, билирубин прямой 7,6 мкмоль/л, били-

рубин непрямо́й 11,4 мкмоль/л, сывороточное железо 28,1 ммоль/л, трансферрин 194 мг/dl, ферритин 192 мкг/л.

Биохимический анализ крови 8.09.2010: билирубин прямо́й 7,9 мкмоль/л; билирубин непрямо́й 109,3 мкмоль/л; сывороточное железо 19,4 ммоль/л; трансферрин 170 мг/dl; ферритин 149 мкг/л; ОЖСС 44,4 ммоль/л.

Исследование на *Helicobacter pylori* (хелик-тест) – положительный результат.

Консультация гематолога: наследственный сфероцитоз, хроническое течение без выраженных тяжелых гемолитических кризов с формированием осложнений в виде желчнокаменной болезни; рекомендуется спленэктомия.

Больная выписана под расписку по требованию отца ребенка. Дополнение к анамнезу жизни со слов девочки: у мамы и бабушки по линии матери – гемолитическая анемия.

Таким образом, согласно вышеприведенным определениям коморбидности у больной она вполне очевидна: основным заболеванием, послужившим причиной госпитализации, была патология органов пищеварения. Желчнокаменная болезнь, наследственная сфероцитарная анемия, спленомегалия попали в сопутствующие болезни. Однако более оправданно считать, что у ребенка имеет место одна болезнь – наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского–Шоффара), а спленомегалия и желчнокаменная болезнь его, микросфероцитоза – осложнения. С определенным допущением гастроэнтерит и гастроэзофагеальный рефлюкс можно рассматривать как проявление сочетанной патологии желчевыводящих путей и гастроэнтеральной зоны, что, как правило, отмечается в детской практике.

Можно полагать, что некоторые положения учения о коморбидности как клиническом состоянии, призванного, в том числе, определить вероятность и время наступления летального исхода у больного, его обладателя, имеет ограниченное применение в соматической педиатрической клинике. Но представление о причинной и осложненной коморбидности может сыграть положительную роль в клинической практике. В выше приведенном клиническом примере своевременное лечение, возможно, спленэктомия, избавило бы ребенка от развития у нее спленомегалии, желчнокаменной болезни и гастроинтестинальной патологии.

Другой пример – *Anorexia nervosa*. Наши исследования [14] показали, что у детей с этой все учащающейся болезнью происходит развитие целого ряда поражений

верхнего отдела пищеварительного тракта: гастроэнтерит, гастроэзофагеальный рефлюкс, эрозивные изменения слизистой оболочки пищевода, желудка и 12-перстной кишки. Очевидно, что без успешного избавления ребенка от этого тяжелого нарушения пищевого поведения, каким является *anorexia nervosa*, достичь излечения указанных поражений органов пищеварения невозможно.

Нам представляется несколько иной подход к недавно возникшему направлению – коморбидность применительно к педиатрической клинике. Очевидно, что приведенные наблюдения из собственной практики и результаты нашего исследования являются причинной или, скорее, осложненной коморбидностью. В клинической и учебной практике при формулировании диагноза болезни всегда выделяется диагноз основного заболевания и его осложнения. Сопутствующие заболевания – это случайная коморбидность, т.е. случайное сочетание любой болезни с основной. Что касается понятия «основного заболевания», то оно мобильное и в известной степени организационное, статистическое. У больного в гастроэнтерологическом стационаре гастроэнтерит – основная болезнь, хронической тонзиллит – сопутствующая. В ЛОР-отделении они поменяются местами. Хотя при сугубо этиопатогенетическом подходе вряд ли можно рассматривать хронический тонзиллит как сопутствующую болезнь при ревматической лихорадке. Логичнее считать, что в данном случае имеет место причинная (или осложненная) коморбидность. Такой клинический подход позволяет нацеливать врача на лечение триггерного механизма – своевременная спленэктомия при болезни Минковского–Шоффара; эффективное лечение *anorexia nervosa*, без чего не излечить ребенка от гастроэнтерологической патологии. Рано начать лечение хронических очагов бактериального воспаления в носоглотке – значит предотвратить развитие иммунопатологических процессов. Клинические примеры можно множить. Каждый педиатр найдет их в своей практике.

Понятие коморбидности может помочь в диагностическом процессе, а нацеленность на лечение первопричины цепочки последовавших болезней поможет избежать полипрагмазии, которая, как это ни прискорбно, пришла и в педиатрию.

Другой аспект коморбидности, требующий всестороннего изучения – это влияние этого клинического феномена на длительность пребывания больного на больничной койке, на стоимость диагностических и лечебных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Spady DW, Schopflocher D, Svenson L, et al. Medical and Psychiatric Comorbidity and Health Care Use Among Children 6 to 17 Years Old. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2005; 159: 231–237.
2. Kisely S, Goldberg D. Physical and psychiatric Comorbidity in general practice. British Journal of Psychiatry. 1996; 169: 236–242.
3. Piccirillo J, Tierney R, Costas I, et al. Prognostic Importance of Comorbidity in Hospital-Based Cancer Registry. JAMA. 2004; 291 (20): 2441–2447.

4. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic Comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J. Chronic Dis. 1987; 40: 373–383.
5. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. Evid. Based Med. 2010; 15: 165–166.
6. Pinto N, Marino B, Wernovsky G, et al. Obesity is a Common Comorbidity With Congenital and Acquired Heart Disease. Pediatrics. 2010; 126: 323–332.
7. Sultan S, Conway J, Edelman D, et al. Colorectal Cancer Screening in Young Patients With Poor Health and Severe

Comorbidity. Arch. Intern. Med. 2006; 166: 2209–2214.

8. *Bassing R, Halfon N, Benjamin B, et al.* Prevalence of Behavior Problems in US Children With Asthma. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1995; 149 (5): 565–572.

9. *Gorman D, Thompson N, Plessen K, et al.* Psychosocial outcome and psychiatric Comorbidity in older adolescents with Tourette syndrome: control study. British Journal of Psychiatry. 2010; 197: 31–44.

10. *Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, et al.* Have There been Changes in Children's Psychosomatic Symptoms? A 10-Year Comparison From Finland. Pediatrics. 2005; 115: 434–436.

11. *Tai D, Dick P, To T, et al.* Development of Pediatric Comorbidity Prediction Model. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2006; 160: 293–299.

12. *Friman P, Handwerk M, Swearer S, et al.* Do Children With Primary Nocturnal Enuresis Have Clinically Significant Problems? Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1998; 152: 573–579.

13. *Белялов Ф.И.* Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. Иркутск: РИО ИГИУВП, 2010.

14. *Артамонов Р.Г., Глазунова Л.В., Бекташянц Е.Г. и др.* Гастроэнтерологические аспекты анорексия nervosa у детей. Педитрия. 2010; 89 (2): 28–31.