

КОМОРБИДНОСТЬ И ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

*Панкратова Ю.Ю.¹, Алексейчик С.Е.¹, Семенова А.В.¹, Санкович Е.В.², Рудая Е.Г.²,
Крючкова А.М.², Борисова Т.Б.², Мазур В.В.², Поланцевич Д.В.²*

¹*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,*

²*Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»,*

г. Минск, Республика Беларусь

Согласно Н.С. Крамер и М. Van den Akker, коморбидность – сочетание у одного больного нескольких хронических заболеваний [1, с. 721; 2, с. 65]. Коморбидность широко распространена среди пациентов, госпитализированных в терапевтические стационары. Она оказывает влияние на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода. Соответственно, наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению количества койко-дней, инвалидизации, препятствует проведению реабилитации [3, с. 5].

Цель: оценить влияние коморбидности и некоторых лабораторных показателей на исход заболевания у пациентов с тяжелой патологией органов дыхания.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни пациентов с тяжелой патологией респираторной системы, находившихся на лечении в отделениях пульмонологии № 1, 2, реанимации 10-й ГКБ в 2013-2014 гг. В ходе исследования были сформированы две группы. Первую составили 45 пациентов с летальным исходом. При оценке коморбидности у них учитывались данные анамнеза и заключительный патологоанатомический диагноз. Во вторую группу вошли 30 пациентов, получавшие лечение в отделении реанимации и в дальнейшем переведенные в пульмонологическое отделение с положительной динамикой. У них оценка коморбидности проводилась с учетом окончательного диагноза при выписке, данных лабораторно-инструментальных исследований.

Использовали индексы коморбидности, рассчитанные по Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), Kaplan-Fenstern и Charlson [3, с. 5; 4, с.78]. Статистический анализ проводился при помощи программы «BIOSTAT». Для сравнительного анализа использовались параметрические (критерий Стьюдента (t)) и непараметрические методы (критерий z). Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты. В обеих группах преобладали мужчины. Однако в группе 1 мужчин было достоверно больше (86,7%), чем в группе 2 (63,3%) ($z=2,09$; $p<0,05$). Корреляционный анализ выявил связь между полом и исходом заболевания ($r_s=0,27$; $p<0,05$; $n=75$), что подтверждает включение во многие шкалы мужской пол как дополнительный фактор риска неблагоприятного исхода заболевания.

Пациенты первой группы были старше ($t=2,2$; $p<0,05$). Средний возраст у них составил 66 ± 14 , а во второй – 58 ± 17 лет. Закономерно, на наш взгляд, наличие взаимосвязи между возрастом и исходом заболевания ($r_s=0,23$; $p<0,05$; $n=75$).

По результатам вскрытия, у пациентов первой группы среди причин смерти преобладали злокачественные новообразования органов дыхания, тяжелое течение пневмонии и обострение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), бактериальная деструкция лёгких. У пациентов второй группы выявлены преимущественно тяжёлое течение пневмонии и обострение ХОБЛ. Умершие пациенты имели более высокие баллы коморбидного профиля по шкале CIRS ($14,8\pm 3,8$ и $10,2\pm 5,0$, соответственно, $t=4,6$; $p<0,05$). Также нами выявлена корреляционная связь между индексом CIRS и исходом ($r_s=0,35$; $p<0,05$; $n=75$). Аналогичные данные получены при расчете индекса Kaplan-Fenstern, при этом обнаружена ещё более тесная корреляционная связь между коморбидностью и исходом заболевания ($r_s=0,85$; $p<0,000001$; $n=75$). Наименее информативным оказался индекс Charlson, не выявивший различий между группами.

При анализе лабораторных данных у пациентов первой группы выявлена более выраженная гипокоагуляция: отмечалось удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) ($t=2,1$; $p<0,05$), тенденция к снижению концентрации фибриногена и удлинению тромбинового времени. Обнаружены корреляционные связи между АЧТВ ($r_s=0,59$; $p<0,001$; $n=50$), концентрацией фибриногена ($r_s=-0,84$; $p<0,00001$; $n=40$), тромбиновым временем ($r_s=0,87$; $p<0,0001$; $n=40$) и исходом заболевания.

Заключение:

1. Коморбидность влияет на исход заболевания. Чем выше коморбидный статус, тем выше риск летального исхода. Наиболее информативен индекс Kaplan-Fenstein.

2. Предикторы неблагоприятного исхода – мужской пол, пожилой возраст, гипокоагуляция.

Литература

1. Kraemer, H. C. Statistical issues in assessing comorbidity // Stat. Med. – 1995. – vol. 14. – P. 721-723.

2. Van den Akker, M. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature // Eur. J. Gen. Pract. – 1996 – vol. 2 (2). – P. 65-70.

3. Вёрткин, А.Л. Коморбидность в клинической практике. Часть 1 // Архивъ внутренней медицины. – 2011. – № 1. – С. 5-6.

4. Вёрткин, А.Л. Коморбидность (часть2) // Лечащий врач. – 2013. – № 8. – С. 78.