

УДК 616-089:616.1/4

РОЛЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ХИРУРГИИ**Стяжкина С.Н., Журавлев К.В., Леднева А.В., Ларин В.В.,
Климентов М.Н., Чернышева Т.Е.***ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Ижевск, e-mail: AnnaVLed@yandex.ru*

Существующие на сегодняшний день стандарты и подходы в хирургии включают анализ сопутствующей патологии при выборе методов анестезии, объема и вида оперативного вмешательства. Изучение клинической картины коморбидных нарушений важно для дифференциальной диагностики в хирургии, так как коморбидные заболевания нередко трансформируют клинические проявления друг друга. При подсчете индекса коморбидности Чарлсона у хирургических больных последний в среднем составил $5,6 \pm 0,84$. Коморбидность представляет серьезную проблему для здравоохранения, так как одновременное лечение нескольких заболеваний требует увеличения расходов.

Ключевые слова: коморбидность, индекс Чарлсона**ROLE OF THE COMORBIDITY PATHOLOGY IN SURGERY****Styazhkina S.N., Zhuravlev K.V., Ledneva A.V., Larin V.V.,
Klimentov M.N., Chernysheva T.E.***Izhevsk State Medical Academy, Health Ministry of Russia, Izhevsk, e-mail: AnnaVLed@yandex.ru*

Surgery standards existing for today include the analysis of an accompanying pathology at the choice of methods of anaesthesia, volume and a kind of operative intervention. Studying of a clinical picture of comorbidity disturbances is important for differential diagnostics in surgery. Comorbidity diseases quite often are transform clinical displays each other. Comorbidity Charlson's index at the surgical patients has on the average made $5,6 \pm 0,84$. Comorbidity represents a serious problem for public health services as simultaneous treatment of several diseases demands increase in expenses.

Keywords: comorbidity, Charlson's index

Коморбидность – сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность) [4].

Термин «коморбидность» (comorbidity) был впервые предложен Feinstein в 1970 г. для отражения существования «любых клинических сущностей, которые выявляются или выявлялись в анамнезе заболевания пациента» [7].

Концепция коморбидности зародилась и вначале чаще использовалась в психиатрии [3]. В последние годы эта концепция вышла за рамки психиатрической науки, стала широко применяться во многих отраслях медицины и приобрела важное практическое и социально-экономическое значение. Изучение клинической картины коморбидных нарушений важно для дифференциальной диагностики, так как коморбидные заболевания нередко трансформируют клинические проявления друг друга [2]. Концепция коморбидности имеет большое значение не только для дифференциальной диагностики сосуществующих состояний и изучения их влияния на течение основного заболевания и качество жизни пациентов, но и для пони-

мания объединяющих основное и коморбидные заболевания этиологических и патогенетических механизмов, и выбора наиболее эффективных подходов к их лечению [2]. В терапии степень влияния коморбидного нарушения на состояние пациента может быть разной. В том случае, когда коморбидность заболеваний сопровождается клиническими проявлениями, они могут существенно влиять на общее состояние, значительно нарушая качество жизни пациента в целом. В хирургии коморбидные заболевания внутренних органов способны существенно изменить течение послеоперационного периода и оказать влияние на прогноз. Существующие на сегодняшний день стандарты и подходы в хирургии включают анализ сопутствующей патологии при выборе методов анестезии, объема и вида оперативного вмешательства. Достаточно часто хирургическая патология является следствием или крайним проявлением хронической патологии внутренних органов, неблагоприятный прогноз и высокую смертность, при которой обуславливает не только течение основного заболевания, но и сопутствующих.

В 2009 году профессором Ф.И. Беляловым предложены 12 тезисов коморбидности, из них в хирургической практике особенно важно учитывать, что коморбидность

часто встречается у пожилых людей, она увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз. Многие заболевания имеют сходные клинические и лабораторные проявления, затрудняющие своевременную постановку диагноза, например, при дифференциальной диагностике в условиях приемного отделения острого хирургического заболевания живота при обострении хронического процесса со стороны внутренних органов, не требующего хирургического вмешательства. Лечение пациентов тоже должно проводиться с учетом коморбидного фона, так как при этом увеличивается количество медикаментов, соответственно повышается риск их побочных эффектов и нежелательного взаимодействия, увеличиваются экономические затраты на лечение [1].

Сочетание нескольких болезней затрудняет проведение научных исследований и требует особых методических подходов. Для стандартизации научных исследований сочетанных заболеваний предложено несколько индексов коморбидности [5]. Самый популярный индекс Чарлсона (Charlson Index) используется для прогноза летальности. Кумулятивная шкала рейтинга заболеваний (Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]) оценивает все системы организма без специфических диагнозов, [6]. Индекс сочетанной болезни (Index of Coexisting Disease [ICED]) учитывает тяжесть заболевания и нетрудоспособность [8].

При проведении анализа коморбидной патологии в хирургической клинике 1 Республиканской клинической больницы г. Ижевска выделена основная коморбидная патология, наблюдаемая у хирургических больных.

Особенную опасность в хирургической практике представляют коморбидные заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь у 35% пациентов, ИБС – у 20%, в сочетании с варикозной болезнью нижних конечностей у 1,8% мы наблюдали тромбоэмболические осложнения. При анализе летальных исходов в 3,5% случаев смертельный исход был связан с тяжелой сердечно-сосудистой патологией (инфаркт миокарда, острая коронарная недостаточность). В 2,6% случаев причиной летальных исходов явилась сердечно-сосудистая патология в сочетании с обструктивной болезнью легких и респираторным дистресс-синдромом. Тяжелый коморбидный фон составляют и заболевания крови – 0,5% (эритремия, лейкоз), эндокринная патология (сахарный диабет – 15%). При подсчете индекса коморбидности Чарлсона последний в среднем составил $5,6 \pm 0,84$ у хирургических больных. При экстренных оперативных вмешательствах на фоне де-

компенсированного сахарного диабета II типа в сочетании с хроническим гепатитом в послеоперационном периоде у трех больных мы наблюдали острую коагулопатию и в связи с этим внутрибрюшные кровотечения, гематомы. Все эти больные были в возрасте старше 70 лет. Возраст пациентов представляет собой одну из самых высоких степеней риска и должен обязательно учитываться при решении вопроса об оперативном вмешательстве. Так, летальный исход наступил у пациентки 71 года после оперативного вмешательства на щитовидной железе. Смерть пациентки наступила спустя 12 часов, вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Таблица 1

Коморбидные заболевания	Процент встречаемости коморбидных заболеваний при хирургической патологии
Дыхательная система	
Всего:	20,3%
ХОБЛ	6,5%
ХНБ	13,7%
Пищеварительная система	
Всего:	38,6%
Хр.гастрит, гастродуоденит	17%
Энтериты, колиты, СРК	6,5%
Язвенная болезнь	3,5%
Хр. холецистит	9,2%
Хр. панкреатит	9,8%
ЖКБ	5,9%
Хр. гепатит, стеатоз, цирроз	7,2%
Мочевыделительная система	
Всего:	17%
Хронический пиелонефрит	6,5%
Мочекаменная болезнь	3,5%
Хр. простатит	7,2%
Эндокринная система	
Всего:	30,7%
ДТЗ, ДУТЗ	10,5%
АИТ	2,6%
Ожирение	6,5%
Сахарный диабет	15%
Опорно-двигательный аппарат	
Всего:	19,6%
Артриты и артрозы	5,2%
Остеохондроз	11,1%
Хронический алкоголизм	9,2%
ХВН	9,8%
Анемия (ЖДА)	3,5%
Артериальная гипертония	
Всего:	35,2%
I степени (мягкая)	22,4%
II степени (умеренная)	8,9%
III степени (тяжелая)	3,9%

Примечание: ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; ПХЭС – постхо-

лецистэктомический синдром; ЖКБ – желчнокаменная болезнь; ДТЗ – диффузный токсический зоб; ДУТЗ – диффузно-узловой токсический зоб; АИТ – аутоиммунный тиреоидит; ПЭС – полиэндокринный синдром; ХВН – хроническая венозная недостаточность; ЖДА – железодефицитная анемия.

Несмотря на то, что коморбидная патология не представлена в МКБ-10, она должна приниматься во внимание, особенно в хирургической практике, коморбидность – реальная проблема современной медицины, требующая внимания и глубокого изучения. Коморбидность представляет серьезную проблему для здравоохранения, так как одновременное лечение нескольких заболеваний требует увеличения расходов и затруднительно в условиях узкой специализации лечебных учреждений. Оптимизация стратегии позволит частично решить эту проблему.

Список литературы

1. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности: монография. – 7-е изд., перераб. и доп. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2011. – 305 с.

2. Осипова В.В., Вознесенская Т.Г. Коморбидность мигрени: обзор литературы и подходы к изучению // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – №3.

3. Психопатология депрессий (к построению типологической модели) / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, А.Ш. Тхостов и др. // Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 28–54.

4. Собенников В.С., Белялов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства: монография. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – 230 с.

5. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation // J. Chron Dis. – 1987. – №40 (5). – P. 373–383.

6. de Groot V., Beckerman H., Lankhorst G., et al. How to measure comorbidity: a critical review of available methods // J. Clin Epidemiol. – 2003. – №56. – P. 221–229.

7. Silberstein S.D. Headache in clinical practice. Silberstein S.D., Lipton R.B., Goadsby P.J. (eds). ISIS. – Medical Media 1998. – P. 213.

8. van Weel C., Schellevis F.G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. – Lancet 2006. – Vol. 367. – P. 550–551.

Рецензенты:

Ситников В.А., д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии ГОУ ВПО ИГМА Минздравсоцразвития России, г. Ижевск;

Курникова И.А., д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО ИГМА Минздравсоцразвития России, г. Ижевск.