

КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

COMORBID DISEASES IN PATIENTS WITH PURULENT-SURGICAL PATHOLOGY

V. Karpin
O. Shuvalova
V. Sokolov

Summary. The aim of the work is to assess the prevalence of comorbid diseases in patients with purulent–surgical pathology in the urbanized North on the example of Surgut. Methods. The structure of comorbid pathology was determined with a continuous retrospective sample of 822 case histories of patients undergoing treatment in the purulent-surgical department. Results. The prevalence of comorbid pathology was 57% (n = 471). The increase in the number of patients with multiple pathology correlated with age. In young patients under 44 years of age, the prevalence of comorbid pathology was 21.4%, in middle age — 74%, and in the elderly — already 95% (p = 0.000). Young men predominated among patients with isolated surgical pathology (76%, p = 0.000). Significantly predominant comorbid diseases were identified: hypertension — 42%; diabetes mellitus — 38%; hepatitis — 26%; coronary heart disease — 16%; HIV — 15%. In patients under the age of 44 (n = 216), viral hepatitis C (20%) and HIV infection (15%) were more often associated with purulent processes. At the age of 44–60 years (n = 152), type 2 diabetes mellitus (41%) and hypertension (31%) were most often registered. Type 2 diabetes mellitus (86%), coronary heart disease (75%) and hypertension (73%) were detected in patients aged over 60 years (n = 103). In our opinion, the Mary Charlson index most fully covers the entire structure of comorbid therapeutic pathology in the department of purulent surgery and allows us to take into account the age correction that is extremely necessary in this group of patients. Conclusions. The study of the structure and prevalence of comorbid pathology makes it possible to use a systematic approach in assessing the patient's prognosis and planning the work of the purulent department in the conditions of special specificity of the Northern region.

Keywords: purulent-surgical pathology, comorbid diseases, prevalence and structure.

Карпин Владимир Александрович
Д.мед.н., д.филос.н., профессор
Сургутский государственный университет
kafter57@mail.ru

Шувалова Ольга Ивановна
Кандидат медицинских наук, Сургутский
государственный университет
shuvalova78@mail.ru

Соколов Владислав Денисович
Медицинская академия Крымского федерального
университета
sokolovvlad77@mail.ru

Аннотация. Цель работы — оценить распространенность коморбидных заболеваний у пациентов с гнойно-хирургической патологией на урбанизированном Севере на примере г. Сургута. Методы. Определена структура коморбидной патологии при сплошной ретроспективной выборке 822 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в гнойно-хирургическом отделении. Результаты. Распространенность коморбидной патологии составила 57% (n = 471). Рост числа больных с множественной патологией коррелировал с возрастом. У молодых пациентов до 44 лет распространенность коморбидной патологии составила 21,4%, в среднем возрасте — 74%, а в пожилом — уже 95% (p = 0,000). Среди пациентов с изолированной хирургической патологией преобладали мужчины молодого возраста (76%, p = 0,000). Выявлены достоверно преобладающие коморбидные заболевания: гипертоническая болезнь — 42%; сахарный диабет — 38%; гепатиты — 26%; ишемическая болезнь сердца — 16%; ВИЧ — 15%. У пациентов в возрасте до 44 лет (n = 216) чаще с гнойными процессами ассоциировался вирусный гепатит С (20%) и ВИЧ-инфекция (15%). В возрасте 44–60 лет (n = 152) наиболее часто зарегистрированы сахарный диабет 2 типа (41%) и гипертоническая болезнь (31%). У больных в возрасте старше 60 лет (n = 103) выявлен сахарный диабет 2 типа (86%), ишемическая болезнь сердца (75%) и гипертоническая болезнь (73%). По нашему мнению, индекс Mary Charlson наиболее полно охватывает всю структуру коморбидной терапевтической патологии в отделении гнойной хирургии и позволяет учитывать крайне необходимую в данной группе больных поправку на возраст. Выводы. Изучение структуры и распространенности коморбидной патологии позволяет использовать системный подход в оценке прогнозов больного и планирования работы гнойного отделения в условиях особой специфики Северного региона.

Ключевые слова: гнойно-хирургическая патология, коморбидные заболевания, распространенность и структура.

Актуальность

Неуклонный интерес медицинского сообщества к проблемам коморбидности связан с ее чрезвычайно высокой распространенностью. По современным данным зарубежных и отечественных ученых, у взрослого населения коморбидность достигает 98% у пациентов старше 65 лет и характеризуется постоянным ростом. Терапевтические аспекты ведения коморбидного пациента связаны с изменением клинической картины заболеваний, существенным утяжелением диагностического процесса, полипрагмазией, увеличением экономических затрат и ухудшением прогноза больного [1], [2], [3], [10].

В хирургическом стационаре заболевания внутренних органов способны значительно изменить течение послеоперационного периода независимо от метода анестезии, объема и вида оперативного вмешательства. Достаточно часто хирургическая патология является следствием или крайним проявлением хронической патологии внутренних органов, что требует системного анализа имеющихся у больного этиологических и патогенетических связей коморбидности.

По данным литературы в отделениях хирургического профиля на долю коморбидности приходится более 50% случаев. Это прямо или косвенно снижает общую эффективность работы хирургического стационара, поскольку увеличивает среднюю длительность госпитализации, число осложнений после хирургических вмешательств, приводит к уменьшению оперативной активности, росту общих затрат на лечение и усложняет проведение реабилитации. Ведение множества тяжелых полиморбидных пациентов требует наличия в штате лечебного учреждения врачей самых разных специальностей и высокого уровня интеграции профессиональных компетенций [5], [8], [12].

В странах с активно проводимой программой увеличения продолжительности жизни актуальность множественности заболеваний неразрывно связана с проблемами геронтологии. У лиц пожилого возраста нозологии, составляющие коморбидность, включают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в том числе артериальную гипертензию (АГ) и различные формы ИБС в более чем 80% случаев [4], [14], [15].

По данным А.Л. Вёрткина, в результате анализа 3500 аутопсий больных, экстренно поступивших в стационар скорой медицинской помощи при декомпенсации хронических заболеваний, коморбидная патология выявлена в 94,2% наблюдений. При этом большинство пациентов с множественной патологией находилось в возрасте старше 65 лет. Сердечно-сосудистые заболе-

вания, в том числе ГБ и различные формы ИБС, зарегистрированы соответственно в 80% и 79% наблюдений [2].

Вслед за американскими и европейскими коллегами Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК) активно занимается вопросами прогнозирования и профилактики кардиальных осложнений при различных внесердечных хирургических вмешательствах, что обусловлено необходимостью заострить внимание врачей различных специальностей на данной повсеместной проблеме [7], [14].

Известно множество путей формирования коморбидности: снижение иммунитета, гормональные и метаболические нарушения, оксидативный стресс, воспаление, эндотелиальная дисфункция, усиление апоптоза и другие мощные, дестабилизирующие работу организма, факторы. В условиях формирования гнойного воспаления многие из этих механизмов достигают апогея, создавая «порочные круги» и определяя сложность лечения больных. Ситуация утяжеляется также при проживании на Севере, в условиях дополнительного неблагоприятного воздействия климатических, гелиогеомагнитных и техногенных факторов [6].

Изучая наиболее распространенные и социально-значимые заболевания Северного региона, мы не могли оставить без внимания ВИЧ-инфекцию. По темпам роста заболеваемости Российская Федерация является одним из мировых лидеров, обогнав по абсолютному числу смертей по данной причине США и Бразилию, численность населения которых превышает российскую. В среднем число смертей от ВИЧ в последние годы растет на 20% ежегодно. В 2016 г. ВИЧ обуславливал около 53% всех смертей от инфекционных и паразитарных заболеваний, включая туберкулез и гепатиты, и 1% от всех смертей вообще. По состоянию на январь 2017 г. число живущих в нашей стране ВИЧ-инфицированных, по официальным данным, составило 594,3 на 100 000 человек, т.е. около 0,6% всего населения России, включая детей и стариков. Однако концентрация больных существенно отличается по регионам и в разных возрастных группах. По официальным данным, пораженность инфекцией в Иркутской, Свердловской и Кемеровской областях превышает 1,5% всего населения, т.е. почти втрое превосходит среднероссийский уровень. Еще в 7 регионах России распространенность ВИЧ превышает 1% — традиционно в число «лидеров» наряду с Новосибирской, Ленинградской, Челябинской областями входит и Ханты-Мансийский автономный округ. По данным информационных справок «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации» федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом показатель первичной

Таблица 1. Структура коморбидной патологии у больных отделения гнойной хирургии

Коморбидная патология	Абс. значения, n	%
Гипертоническая болезнь	202	42,8
Сахарный диабет	179	38,0
Гепатит	123	26,1
ИБС	75	15,9
ВИЧ	71	15,1
Гастриты, язвенная болезнь желудка и ДПК	28	5,9
Аритмии	16	3,4
Цереброваскулярные заболевания	14	2,9
Облитерирующий атеросклероз	13	2,7
Онкологические заболевания	12	2,5
ХНЗЛ	8	1,7
Нефриты	6	1,3
Пневмония	6	1,3
Цирроз печени	3	0,6
Туберкулез легких	3	0,6
Аутоиммунный тиреоидит	3	0,6

заболеваемости ВИЧ-инфекцией несовершеннолетних с 2010 г. имеет устойчивую тенденцию к росту в Северо-Западном, Приволжском, Уральском и Сибирском федеральных округах, тогда как в остальных, напротив, сократился [8], [15]. Таким образом, в северных регионах России сохраняется наиболее тревожная ситуация по ВИЧ-инфекции.

Понимание особенностей структуры коморбидной патологии необходимо не только для оптимизации лечения данной категории больных, но и для прогнозирования летальности. Стремление работать в русле доказательной медицины определяет потребность практического врача в простом и надежном методе «измерения» коморбидности. Индекс Kaplan Feinstein, шкала хронических заболеваний CDS (Chronic Disease Score), индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease), индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity), система ACG (Adjusted Clinical Groups), система CIRS или CIR (Cumulative Illness Rating Scale) и другие способы оценки полиморбидности широко применяются в медицинском сообществе [11], [12], [13].

Методы

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ сплошной выборки 822 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в гнойно-хирургическом отделении НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Сургут» ОАО «РЖД».

Распределение по возрасту проводили согласно критериям ВОЗ от 1999 г.: от 25 до 44 лет — молодой возраст, 44–60 лет — средний возраст, 60–75 лет — по-

жилой возраст, 75–90 лет — старческий возраст, после 90 — долгожители.

Для статистической обработки использовали методы описательной статистики программ Microsoft EXEL и STATISTICA version 6.0. Тип распределения для выборок определяли с помощью критерия Шапиро-Уилка. Параметры с ненормальным распределением представляли как медиану, а в качестве мер рассеивания использовали 25 и 75 процентиля. Статистический анализ проводили с применением непараметрического критерия Манна-Уитни (U) и критерия углового распределения Фишера для оценки статистической значимости между процентными долями двух выборок. Критический уровень значимости p принимался равным 0,05.

Результаты

Анализ структуры заболеваемости в единственном в городе Сургуте гнойно-хирургическом отделении показал, что распространенность коморбидной патологии составила в 2018 г. 57,3% ($n = 471$). Закономерно ожидаемый рост числа больных с множественной патологией коррелировал с возрастом. У молодых пациентов до 44 лет распространенность коморбидной патологии составила 21,4%, в среднем возрасте — 74,3%, а в пожилом — уже 95% ($p = 0,000$).

Среди пациентов с изолированной хирургической патологией преобладали мужчины молодого возраста (76,2%, $p = 0,000$). Госпитализированные женщины (23,8%) в возрасте до 44 лет находились на лечении преимущественно по поводу воспалительных заболеваний малого таза и послеродовых маститов и не име-

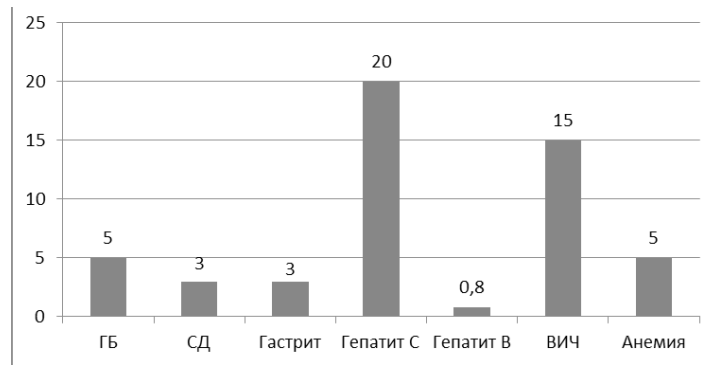


Рис. 1. Распространенность наиболее часто встречающихся коморбидных заболеваний в возрасте до 44 лет (%). N = 216

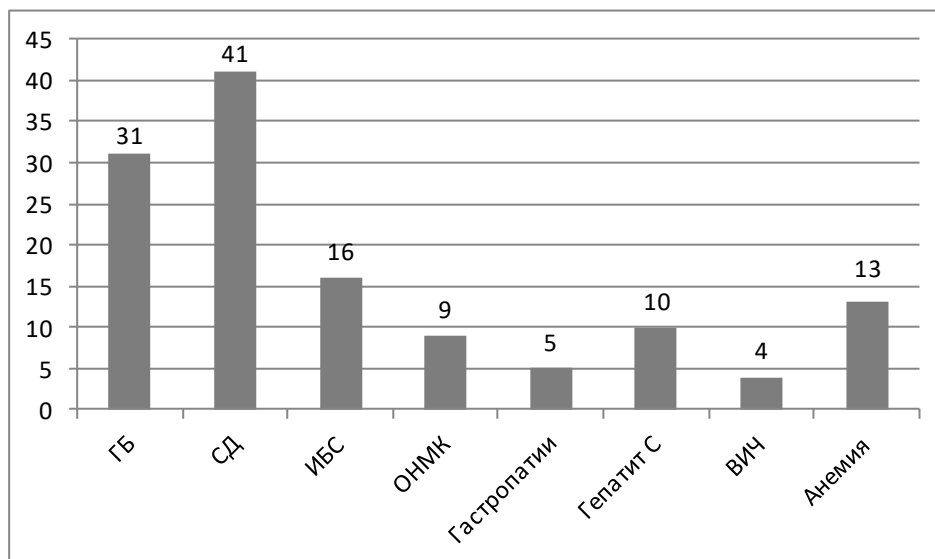


Рис. 2. Распространенность наиболее часто встречающихся коморбидных заболеваний в возрасте 44–60 лет (%). N = 152

ли подтвержденных терапевтических диагнозов. В более старших возрастных группах гендерные отличия по основным заболеваниям в структуре коморбидной патологии оказались недостоверными, за исключением ВИЧ, гепатита и ИБС.

В целом эпидемиология коморбидных нозологий, выявленных у больных с гнойно-хирургическими заболеваниями, представлена более чем 50 шифрами действующей международной классификации болезней. Наиболее часто встречающиеся нозологии и группы болезней представлены в табл. 1.

Самым распространенным диагнозом была гипертоническая болезнь (ГБ), выявленная в 42,8% случаев от общего числа коморбидных больных. Причем частота

встречаемости в определенных возрастных группах существенно отличалась (рис. 1–3), увеличиваясь с возрастом от минимальных значений — 5% у молодых до 73% — в группе пожилых пациентов. В возрастных группах 60–90 лет данная нозология была представлена осложненными формами.

Второй по встречаемости нозологией оказался сахарный диабет 2 типа (СД). Особого внимания заслуживает высокая частота встречаемости диабета не только в группе пожилых больных (86%), но и среди пациентов среднего возраста (41%), значимо отличаясь от 3%-ой распространенности у молодых.

Особую роль в структуре коморбидности у больных отделения гнойной хирургии составляют большие

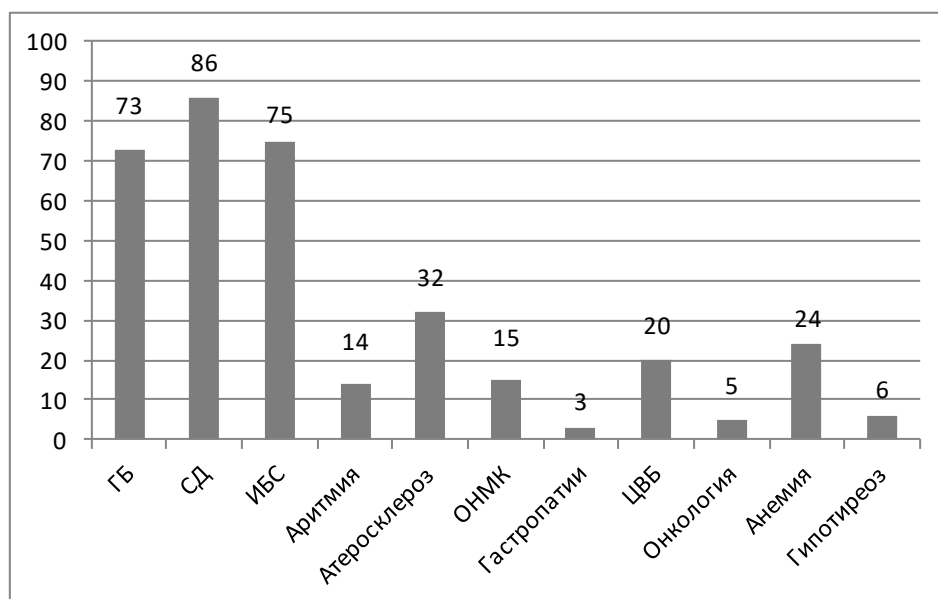


Рис. 3. Распространенность наиболее часто встречающихся коморбидных заболеваний в возрасте старше 60 лет (%). N = 103

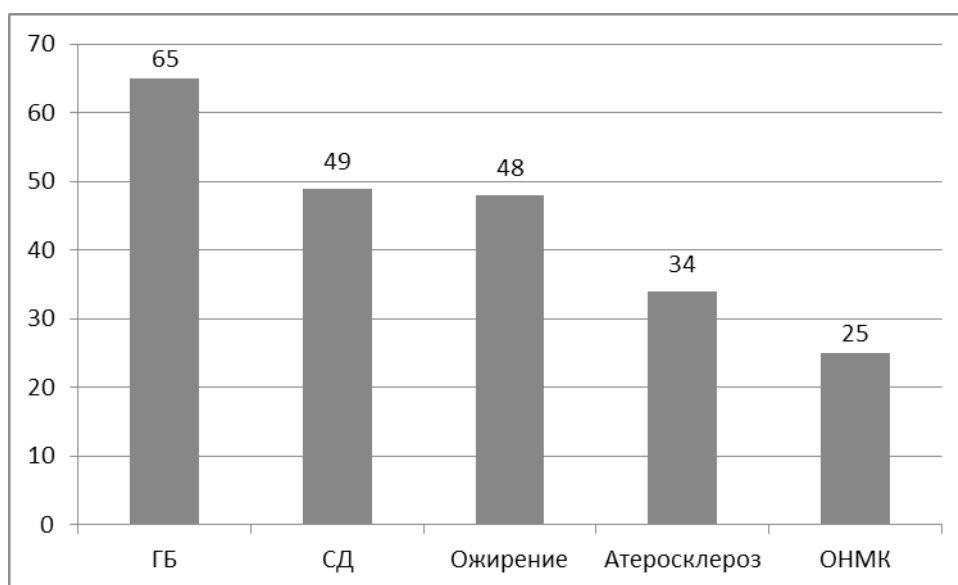


Рис. 4. Распространенность наиболее часто встречающихся заболеваний при ИБС (%). N = 75

с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами. Вирусные гепатиты В и/или С выявлены преимущественно в группе молодых пациентов (26,1%), а ВИЧ — в 15,1% случаев. Учитывая общую высокую пораженность ВИЧ в ХМА-О-Югре, расчетная заболеваемость молодых мужчин в возрасте 35–39 лет составляет от 5 до 8%. Значительно большая концентрация ВИЧ-инфицированных в отделении гнойной хирургии объясняется профилем отделения и требует учета этого фактора при расчете

индексов коморбидности и при проведении диагностических и лечебных мероприятий. Существенная часть пациентов с ВИЧ (87,3%) имели сопутствующий вирусный гепатит (n = 62), что также утяжеляет течение гнойных хирургических заболеваний.

Среди лиц пожилого возраста и старше в 75% случаев был выставлен сопутствующий диагноз ИБС. Средний возраст мужчин составил $66 \pm 5,03$ лет, средний

возраст женщин — 72±6,92 лет. В структуре ИБС у пациентов хирургического профиля зарегистрированы постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) у 48% больных, немного реже встречались стенокардия, прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и аритмия — 32%, 30% и 28% соответственно ($p = 0,031$). Сложность анализа по данной нозологии связана с отсутствием четких диагностических критериев аритмии у больных хирургического профиля с выраженным гнойно-воспалительным процессом. Так, у части больных в возрасте 60 лет и старше диагноз аритмии включался в раздел ИБС, а у 14% пациентов аритмии шифровались как неуточненные нарушения ритма сердца, а имеющаяся у больного клиника и неспецифические метаболические нарушения по ЭКГ расценивались врачом как проявления интоксикационного синдрома гнойно-воспалительного процесса.

Структура и частота встречаемости сочетанной патологии при ИБС у больных с гнойной хирургической патологией представлена на рис. 4.

Наиболее частым оказалось сочетание ИБС с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, что соответствует данным ведущих отечественных и мировых исследований [6], [9], [14].

В ходе исследования выявлена высокая частота встречаемости железодефицитных анемий при поступлении в отделение гнойной хирургии в молодом, среднем и пожилом возрастных диапазонах (5%, 13% и 24% соответственно). Диагноз анемии подтверждался общим анализом и стандартными биохимическими показателями крови, полученными у больных до выполнения оперативных пособий. Интраоперационные потери и период после операций в данном случае не учитывался. В структуре распространенности существенную роль играют также заболевания желудочно-кишечного тракта, почек, щитовидной железы (табл. 1). Обращает на себя внимание рост клинически «стертых», малосимптомных форм, когда диагноз выставлялся не терапевтом первичного звена, а при госпитализации пациента в хирургическое отделение с имеющимися серьезными осложнениями или угрозой жизни больного. Также у больных гнойно-хирургического отделения единично встречались и другие заболевания терапевтического профиля (подагрический артрит, ревматоидный артрит, инфекционный эндокардит, болезнь Крона и другие), однако рас-

пространенность их в данном исследовании составила менее 0,5%. Определив структуру коморбидной патологии и выявив распространенность наиболее значимых заболеваний в гнойно-хирургическом отделении ХМА-О-Югры на примере самого крупного города региона г. Сургута, можно использовать полученные данные для подбора систем оценки коморбидности. Наиболее полно охватывающим всю структуру коморбидной терапевтической патологии в отделении гнойной хирургии нам представляется индекс Mary Charlson (1987). Отдаленный прогноз 10-летней выживаемости определялся суммой баллов по наличию у больного инфаркта миокарда, ЦВБ, болезней периферических артерий, хронических заболеваний легких, болезней соединительной ткани, язвенной болезни, опухолей, ВИЧ, а также дифференцированным подходом в оценке осложнений СД, поражения почек, стадий ХСН и степени поражения печени. Существенным достоинством метода является возможность добавления баллов за каждое десятилетие жизни, учитывая, тем самым, возрастные особенности регенераторных способностей человека.

Заключение

Высокая распространенность коморбидности на территориях урбанизированного Севера требует дальнейшего изучения этиопатогенетических связей, особенностей клиники и диагностики при сочетании у больного двух и более хронических заболеваний. В проведенном исследовании показана высокая распространенность среди больных отделения гнойной хирургии помимо таких «традиционных», входящих в большинство систем оценки прогноза больного, нозологий как ГБ, ИБС, СД, ВИЧ, но и менее учитываемых состояний и факторов риска — анемии, ожирения, атеросклероза. Данные заболевания выявлены не только у пациентов в возрасте 60 и более лет, но и в группе больных молодого и среднего возраста, оптимизация диагностики и лечения которых позволяет надеяться на снижение смертности и улучшение качества жизни. Сохраняется высокая частота встречаемости гепатита С и ВИЧ среди пациентов молодого и среднего возраста, определяя потребность в особом отношении к этой группе больных. Распространенность анемий во всех возрастных группах также достаточно высокая, что неблагоприятно влияет на исход заболевания и существенно увеличивает время, необходимое для восстановления тканей и заживления ран.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности: монография. — Иркутск: РИО ИГМАПО, 2012. — 286 с.
2. Верткин А.Л. Коморбидный пациент. — М.: Эксмо, 2015. — 150 с.
3. Гериатрия: Национальное руководство // Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 608 с.

4. Драпкина О.М., Самородская И.В., Ларина В.Н. Лукьянов М.М. Вопросы организации помощи пациентам с мультиморбидной патологией: аналитический обзор международных и российских рекомендаций // Профилактическая медицина. — 2019. — № 2. — С. 107–114.
5. Карпин В.А., Катюхин В.Н., Соколов С.В. Течение внутренних болезней в экстремальных условиях Севера // Экология человека. — 2001. — № 1. — С. 10–12.
6. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(6) URL: <https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view/712/466> (дата обращения: 11.09.2019)
7. Самородская И.В., Никифорова М.А. Терминология и методы оценки влияния коморбидности на прогноз и исходы лечения // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — 2013. — № 14(4). — С. 18–26.
8. Шабунова А.А., Калачикова О.Н., Короленко А.В. Обзор мировых и региональных тенденций заболеваемости ВИЧ-инфекцией и обусловленной ей смертности // Социальные аспекты здоровья населения. — 2017. — № 2(54). 9 с. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29305174> (дата обращения: 11.09.2019)
9. Barnett K., Mercer S.W., Norbury M. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study // Lancet. — 2012. — № 380(9836). — P. 37–43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
10. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L., MacKenzie C.R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation // Journal of Chronic Diseases. — 1987. — № 40. — P. 373–383.
11. DuGoff E.H., Canudas-Romo V., Buttorff C. et al. Multiple chronic conditions and life expectancy: a life table analysis // Medical Care. — 2014. — № 52(8). — P. 688–694. doi:10.1097/MLR.000000000000166.
12. Grolla D.L., Tob T., Bombardieri C., Wright J.G. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome // Journal of Clinical Epidemiology. — 2005. — № 58 (6). — P. 595–602.
13. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) // European Heart Journal. — 2016. — № 37(29). — P. 2315–2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.
14. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. Guidelines for the management of arterial hypertension // European Heart Journal. — 2018. — № 39(33). — P. 3021–3104. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
15. World Health Statistics. Geneva, WHO, 2018. URL: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/, https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/ (дата обращения: 11.09.2019)

© Карпин Владимир Александрович (kafter57@mail.ru),

Шувалова Ольга Ивановна (shuvalova78@mail.ru), Соколов Владислав Денисович (sokolovvlad77@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»