

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2022.2.51>*И. Л. Месникова*

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЯЖЕСТЬ КОМОРБИДНОСТИ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния пола, возраста и социального положения на тяжесть коморбидности и выживаемость амбулаторных пациентов. Проведен ретроспективный анализ 133 амбулаторных карт пациентов одной из поликлиник г. Минска методом сплошной случайной выборки, в т.ч. 50 мужчин (38%) и 83 женщин (62%). Коморбидность изучалась при помощи следующих методик: системы CIRS; индекса Kaplan–Feinstein, индекса Charlson. В результате исследования выявлена коморбидность у 78,6% амбулаторных пациентов, имеющих хронические заболевания, причем в среднем она соответствовала легкой степени (по данным трех методик). Среди коморбидных заболеваний наиболее часто встречалось сочетание ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии с остеоартрозом, дисциркуляторной энцефалопатией, патологией желудочно-кишечного тракта. Коморбидность чаще встречалась у пациентов женского пола, лиц пожилого и старческого возраста, у рабочих, пенсионеров и инвалидов. У 42,8% коморбидных пациентов установлен неблагоприятный прогноз (согласно индексу Charlson), причем десятилетняя выживаемость менее 21% определена у 35,1% пациентов. Среди лиц с выживаемостью менее 21% преобладают пациенты старческого возраста и инвалиды, а выживаемость более 99% имеют лица молодого возраста и служащие.

Ключевые слова: коморбидность; выживаемость.

I. L. Mesnikova

INFLUENCE OF GENDER AND AGE ON THE SEVERITY OF COMORBIDITY AND SURVIVAL OF OUTPATIENT PATIENTS

The aim of this study was to study the effect of gender, age and social status on the severity of comorbidity and survival of outpatients. A retrospective analysis of 133 outpatient records of patients of one of the outpatient clinics in Minsk was carried out by the method of continuous random sampling, incl. 50 men (38%) and 83 women (62%). Comorbidity was studied using the following methods: CIRS system; Kaplan – Feinstein index, Charlson index. The study revealed comorbidity in 78.6% of outpatients with chronic diseases, and on average it corresponded to a mild degree (according to three methods). Among comorbid diseases, the most common combination of ischemic heart disease and arterial hypertension with osteoarthritis, discirculatory encephalopathy, and pathology of the gastrointestinal tract. Comorbidity was more common in female patients, elderly and senile patients, workers, pensioners and disabled people. A poor prognosis was established in 42.8% of comorbid patients (according to the Charlson index), with a ten-year survival rate of less than 21% in 35.1% of patients. Among those with a survival rate of less than 21%, elderly patients and people with disabilities predominate, while young people and employees have a survival rate of more than 99%.

Key words: comorbidity; survival.

В настоящее время изучение коморбидности является отдельным научно-исследовательским направлением. Это связано с тем, что коморбидность часто встречается, значительно увеличивает тяжесть состояния пациентов и ухудшает прогноз их жизни [1, 2, 3].

Проблемой влияния коморбидности на клиническое течение основного соматического заболевания, эффективность медикаментозной терапии, ближайший и отдаленный прогноз пациентов занимались многие исследователи различных стран мира. Однако принципиальное уточнение термину «коморбидность» дали Н. С. Крамер и М. van den Akker, определив ее как сочетание у одного больного двух и более хронических заболеваний. Согласно их данным, факторами, влияющими на развитие коморбидности, могут являться хроническая инфекция, воспаление, инволютивные, системные и метаболические изменения, ятрогения, социальный статус, экологическая обстановка и генетическая предрасположенность [5, 6, 7, 8, 9].

Сложность изучения проблемы коморбидности заключается в том, что на данный момент отсутствует единая универсальная методика ее исследования, которая позволяла бы не только объективно оценить тяжесть коморбидности, но и рассчитать ближайший прогноз жизни. В нашей стране коморбидность амбулаторных пациентов остается мало изученной проблемой.

Цель: изучение влияния пола, возраста и социального положения на тяжесть коморбидности и выживаемость амбулаторных пациентов.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ 133 амбулаторных карт пациентов одной из поликлиник г. Минска методом сплошной случайной выборки, в т.ч. 50 мужчин (38%) и 83 женщин (62%).

Коморбидность изучалась при помощи следующих методов: 1) системы CIRS (Cumulative

Illness Rating Scale); 2) индекса Kaplan–Feinstein; 3) индекса Charlson [1, 4].

Система CIRS представляет отдельную суммарную оценку состояния каждой из систем органов, при этом «0» соответствует отсутствию заболеваний выбранной системы, «1» – легким отклонениям от нормы или перенесенным в прошлом заболеваниям, «2» – болезни, нуждающейся в назначении медикаментозной терапии, «3» – заболеванию, ставшему причиной инвалидности, а «4» – тяжелой органной недостаточности, требующей проведения неотложной терапии. Коморбидность оценивается по сумме баллов от 0 до 56 (максимальные результаты не совместимы с жизнью больных).

Индекс Kaplan–Feinstein оценивает коморбидность по всем имеющимся заболеваниям и их осложнениям в зависимости от выраженности органных поражений, которые классифицируются на легкие, средние и тяжелые. При этом вывод о суммарной коморбидности делается на основе наиболее декомпенсированной 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.

Среди существующих сегодня систем оценки коморбидности наиболее распространен индекс Charlson, предложенный для оценки отдаленного прогноза больных. Данный индекс представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 40) наличия определенных сопутствующих заболеваний и используется для прогноза летальности. При его расчете суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляется один балл на каждые десять лет жизни при превышении пациентом сорокалетнего возраста.

Статистическая обработка проводилась с помощью программ Statistica 10.0 (Statsoft, США), MicrosoftExcel 2007 (Microsoft, США).

Результаты и обсуждение

Исследование показало низкий уровень практически здоровых лиц – 35 человек (26,3%), в том числе 19 женщин (54,3%) и 16 мужчин (45,7%). Их средний возраст составил $36,1 \pm 2,2$ лет.

Хронические заболевания (ХЗ) диагностированы у 98 человек (73,7%) в возрасте $56,8 \pm 1,8$ лет, в том числе у 64 женщин (65,3%) и 34 мужчин (34,7%).

Коморбидность выявлена у 77 человек (78,6%), имеющих ХЗ (от 2 до 15 у одного человека), в том числе у 54 женщин (70,1%) и 23 мужчин (29,9%). В среднем на одного пациента приходилось $5,3 \pm 0,3$ ХЗ (табл. 1). Преобладали заболевания терапевтического профиля – у 70 человек (71,4%). У коморбидных пациентов самыми распространенными были ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) – по 50 человек (64,9%), заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – у 35 (45,5%), заболевания суставов – у 29 (37,7%). При этом наиболее часто определялось сочетание ИБС с АГ – у 22 человек (28,6%); ИБС с АГ + остеоартроз (ОА) – у 19 человек (24,7%); ИБС с АГ + дисциркуляторная энцефалопатия –

у 12 человек (15,6%); ИБС с АГ + ОА + заболевания ЖКТ (хронический гастрит, хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки) – у 8 человек (10,4%); ИБС+АГ + сахарный диабет – 6 чел. (7,8%).

Степень тяжести коморбидности у лиц различного пола в целом легкая (табл. 1).

У женщин установлена достоверно более высокая коморбидность по сравнению с мужчинами по системе CIRS/56 и по количеству ХЗ в целом. Эти различия, возможно, связаны с более внимательным отношением женщин к своему здоровью и, соответственно, лучшим обследованием и своевременным выявлением заболеваний. Кроме того, у женщин чаще встречались ожирение или избыточная масса тела и связанные с этим сопутствующие заболевания.

Проведенное исследование выявило достоверное влияние возраста на степень тяжести коморбидности ($p < 0,05$). По мере старения населения происходит утяжеление коморбидности (табл. 2). Наибольшая выраженность коморбидности отмечена у лиц старше 75 лет, что вполне закономерно.

При анализе степени тяжести коморбидности в зависимости от социального положения было установлено, что пенсионеры

Таблица 1. Степень тяжести коморбидности у мужчин и женщин (по данным различных методик)

Пациенты	Кол-во ХЗ	система CIRS/56	индекс Kap-lan-Feinstein/36	индекс Charlson/40
1. Пациенты с ХЗ (n = 77)	$5,3 \pm 0,3$	$8,9 \pm 0,6$	$7,2 \pm 0,5$	$3,8 \pm 0,3$
2. Мужчины (n = 23)	$4,6 \pm 0,5^*$	$7,8 \pm 1,0^*$	$6,8 \pm 0,8$	$3,8 \pm 0,6$
3. Женщины (n = 54)	$5,6 \pm 0,4$	$9,5 \pm 0,8$	$7,5 \pm 0,6$	$3,9 \pm 0,4$

Примечание. * – достоверность различий показателей у мужчин и женщин, $p < 0,05$.

Таблица 2. Степень тяжести коморбидности у лиц разного возраста (по данным различных методик)

Возраст пациентов	Кол-во ХЗ	система CIRS/56	индекс Kap-lan-Feinstein/36	индекс Charlson/40
1. 18–44 лет (n = 15)	$3,64 \pm 0,4^{2,3}$	$4,92 \pm 0,7^{1,2,3}$	$4,15 \pm 0,5^{1,2,3}$	$0,69 \pm 0,3^{1,2,3}$
2. 45–59 лет (n = 20)	$3,94 \pm 0,3^{4,5}$	$6,7 \pm 0,7^{4,5}$	$5,58 \pm 0,6^{4,5}$	$2,59 \pm 0,5^{4,5}$
3. 60–74 лет (n = 21)	$6,22 \pm 0,8$	$10,94 \pm 1,6$	$7,6 \pm 1,1^6$	$4,38 \pm 0,4^6$
4. 75–89 лет (n = 21)	$6,57 \pm 0,7$	$11,95 \pm 1,3$	$9,9 \pm 0,9$	$6,7 \pm 0,4$

Примечание. ¹ – достоверность различий показателей между группой 1 и 2, ² – достоверность различий показателей между группой 1 и 3, ³ – достоверность различий показателей между группой 1 и 4, ⁴ – достоверность различий показателей между группой 2 и 3, ⁵ – достоверность различий показателей между группой 2 и 4, ⁶ – достоверность различий показателей между группой 3 и 4, $p < 0,05$.

и инвалиды имеют достоверно более высокую степень тяжести коморбидности ($P < 0,05$) по сравнению с другими социальными группами (табл. 3). Коморбидность у рабочих также достоверно выше ($P < 0,05$), чем у служащих и безработных. Поскольку пенсионеры – это лица пожилого и старческого возраста, то у них коморбидность, вероятно, связана не только с социальным положением и в какой-то мере с социальной изоляцией, но и с возрастом. Что касается более выраженной коморбидности у рабочих, то, возможно, это связано как с характером выполняемой работы, так и с образом жизни (часто нездоровым).

Среди коморбидных пациентов с самой высокой (более 99%) и самой низкой выживаемостью (менее 21%) преобладают женщины, однако различия с мужчинами статистически не достоверны. Среди коморбидных женщин 21 пациентка (38,9%) имела самый низкий уровень выживаемости и 15 (27,8%) – наиболее высокий. Среди коморбидных мужчин 6 (26,1%) человек имело выживаемость менее 21% и 5 (21,7%) – более 99%.

При анализе выживаемости коморбидных пациентов в зависимости от возраста установлено, что самую низкую выживаемость (менее 21%) имеют пациенты старче-

Таблица 3. Степень тяжести коморбидности у лиц различного социального статуса (по данным различных методик)

Социальный статус	Кол-во ХЗ	система CIRS/56	индекс Kaplan-Feinstein/36	индекс Charlson/40
1. Безработные (n = 12)	3,64±0,4 ^{2,3,4}	4,92±0,7 ^{1,2,3,4}	4,15±0,5 ^{1,2,3,4}	0,69±0,3 ^{1,2,3,4}
2. Служащие (n = 17)	3,94±0,3 ^{5,6,7}	6,7±0,7 ^{5,6,7}	5,58±0,6 ^{5,6,7}	2,59±0,5 ^{5,6,7}
3. Рабочие (n = 7)	6,22±0,8	10,94±1,6	7,6±1,1 ⁸	4,38±0,4 ^{8,9}
4. Пенсионеры (n = 30)	6,57±0,7	11,95±1,3	9,9±0,9	6,7±0,4
5. Инвалиды (n = 11)	6,0±0,9	12,5±2,1	9,7±1,4	5,6±0,7

Примечание. ¹ – достоверность различий показателей между группой 1 и 2, ² – достоверность различий показателей между группой 1 и 3, ³ – достоверность различий показателей между группой 1 и 4, ⁴ – достоверность различий показателей между группой 1 и 5, ⁵ – достоверность различий показателей между группой 2 и 3, ⁶ – достоверность различий показателей между группой 2 и 4, ⁷ – достоверность различий показателей между группой 2 и 5, ⁸ – достоверность различий показателей между группой 3 и 4, ⁹ – достоверность различий показателей между группой 3 и 5, $p < 0,05$.

При исследовании выживаемости у 33 коморбидных пациентов (42,8 %) выявлен неблагоприятный прогноз (5 и более баллов) согласно индексу Chalston/40, причем у 27 исследуемых лиц (35,1%) выживаемость менее 21 % (табл. 4). Следовательно, эти пациенты требуют дополнительного внимания со стороны медицинского персонала поликлиники.

ского возраста, что вполне логично, причем среди них у 81% определен неблагоприятный прогноз и только у 1 пациента (4,75%) прогнозируемая 10 – летняя выживаемость более 99%. Самая высокая выживаемость (более 99%) установлена у 73,3 % лиц молодого возраста, что также ожидаемо, при этом нет ни одного пациента данного возраста с плохим прогнозом (табл. 5).

Таблица 4. Выживаемость коморбидных пациентов (по шкале M. Charlson)

Сумма баллов	1	2	3	4	5	6 и >
Количество пациентов, абс. (%)	20 (26,0%)	10 (13,0%)	3 (3,9%)	11 (14,3%)	6 (7,7%)	27 (35,1%)
Количество женщин, абс. (%)	15 (27,8%)	4 (7,4%)	2 (3,7%)	8 (14,8%)	4 (7,4%)	21(38,9%)
Количество мужчин, абс. (%)	5 (21,7%)	6 (26,1%)	1 (4,35%)	3 (13,05%)	2 (8,7%)	6 (26,1%)
Прогнозируемая 10 – летняя выживаемость	99%	96%	90%	77%	53%	≤ 21%

Таблица 5. **Выживаемость коморбидных пациентов в зависимости от возраста (по шкале M. Charlson)**

Сумма баллов	1	2	3	4	5	6 и >
18–44 лет	11 (73,3%)	3 (20,0%)	0	1 (6,7%)	0	0
45–59 лет	7 (35,0%)	5 (25,0%)	3 (15,0%)	3 (15,0%)	1 (5,0%)	1 (5,0%)
60–74 лет	1 (4,75%)	3 (14,3%)	1 (4,75%)	8 (38,1%)	3 (14,3%)	5 (23,8%)
75–89 лет	1 (4,75%)	0	0	1 (4,75%)	2 (9,5%)	17 (81,0%)
Прогнозируемая 10 – летняя выживаемость	99%	96%	90%	77%	53%	≤ 21%

Анализ прогнозируемой 10 – летней выживаемости пациентов различных социальных групп показал, что наихудший показатель (выживаемость менее 21%) имеют инвалиды (63,6% пациентов), а наилучший (выживаемость более 99%) – служащие (76,5%) (табл. 6).

тензии с остеоартрозом, дисциркуляторной энцефалопатией, патологией желудочно-кишечного тракта.

2. Коморбидность наиболее часто встречалась у женщин, у лиц пожилого и старческого возраста, у рабочих, пенсионеров и инвалидов.

Таблица 6. **Выживаемость коморбидных пациентов в зависимости от социального статуса (по шкале M. Charlson)**

Сумма баллов	1	2	3	4	5	6 и >
Безработные	4 (33,4%)	6 (50,0%)	0	1 (8,3%)	0	1 (8,3%)
2. Служащие	13 (76,5%)	2 (11,75%)	0	2 (11,75%)	0	0
3. Рабочие	1 (14,3%)	1 (14,3%)	2 (28,55%)	2 (28,55%)	1 (14,3%)	0
4. Пенсионеры	1 (3,35%)	2 (6,7%)	1 (3,35%)	6 (20,0%)	4 (13,3%)	16 (53,3%)
5. Инвалиды	0	1 (9,1%)	0	1 (9,1%)	2 (18,2%)	7 (63,6%)
Прогнозируемая 10 – летняя выживаемость	99%	96%	90%	77%	53%	≤ 21%

Заключение

1. В амбулаторно-поликлинической практике коморбидность выявлена у 78,6% пациентов, имеющих хронические заболевания, причем в среднем она соответствует легкой степени (по данным трех методик).

2. Среди коморбидных заболеваний наиболее часто встречается сочетание ишемической болезни сердца и артериальной гипер-

3. У 42,8 % коморбидных пациентов установлен неблагоприятный прогноз (согласно индексу Charlson), причем десятилетняя выживаемость менее 21% определена у 35,1% пациентов.

4. Среди лиц с наименьшей выживаемостью (менее 21%) преобладают пациенты старческого возраста и инвалиды, а наибольшую выживаемость (более 99%) имеют лица молодого возраста и служащие.

Литература

1. Верткин, А. Л., Скотников, А. С. Co-morbidity (part 1) / А. Л. Верткин, А. С. Скотников // Лечащий врач. – № 6, 2013. – С. 66–69.

2. Верткин, А. Л., Скотников, А. С. Co-morbidity (part 1) / А. Л. Верткин, А. С. Скотников // Лечащий врач. – № 8. – 2013. – С. 12–17.

3. Коморбидность в клинической медицине: учебно-методическое пособие / Е. В. Ефремова, А. М. Шутов, В. А. Серов, М. В. Мензоров. – Ульяновск : УлГУ, 2016. – 28 с.

4. 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): 373–383.

5. Grimby A., Svanborg A. Morbidity and health-related quality of life among ambulant elderly citizens // Aging. 1997; 9: 356–364.

6. Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice // Ann Fam Med. 2005; 3: 223–228.

7. Kraemer H. C. Statistical issues in assessing comorbidity // Stat Med. 1995; 14: 721–723.

8. Van den Akker M., Buntinx F., Roos S., Knottnerus J. A. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature // Eur J Gen Pract. 1996; 2 (2): 65–70.

9. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J. F., Roos S., Knottnerus J. A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases // J Clin Epidemiol. 1998; 51: 367–375.

Поступила 10.02.2022 г.