

*Семёнова А. В.*  
**ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА НА ИСХОД  
 ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО  
 ПРОФИЛЯ**

*Научные руководители канд. мед. наук, доц. Панкратова Ю. Ю.,  
 канд. мед. наук, доц. Алексейчик С. Е.*

*1-я кафедра внутренних болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** 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.

**Цель:** оценить влияние коморбидности на прогноз выживаемости пациентов пульмонологического профиля, определить наиболее подходящий коморбидный индекс.

**Материал и методы.** Проводился ретроспективный анализ историй болезни пациентов с патологией респираторной системы, которые находились на лечении в отделениях пульмонологии № 1, 2, реанимации (ОРИТ) 10-й ГКБ. В ходе исследования пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли умершие пациенты. При оценке коморбидности учитывались данные анамнеза и заключительный патологоанатомический диагноз. Во 2-ю группу вошли пациенты, лечившиеся из-за тяжести заболевания в ОРИТ, с последующей положительной динамикой. У них оценка коморбидности проводилась на основании данных окончательного диагноза, выставленного на основании анамнеза, данных инструментальных исследований. Кроме оценки коморбидного статуса изучались результаты лабораторных исследований.

**Результаты.** На основе анализа коморбидного статуса пациентов с помощью индексов CIRS, Kaplan-Fenstein и Charlson установлено, что выбранные шкалы показывают противоречивые результаты. Пациент из 1-й группы набрал по шкале CIRS 14 баллов из 56 (коморбидность легкой степени), Kaplan-Fenstein – 14 баллов из 36 (коморбидность средней степени тяжести) и Charlson – 6 баллов из 40 (коморбидность лёгкой степени, риск летального исхода 52%). А пациент из 2-й группы – 17, 15 и 5 баллов соответственно. Кроме того, у некоторых пациентов данные шкалы не учитывали всю сопутствующую патологию.

**Выводы:**

1. Предложенные шкалы не равноценны при оценке коморбидности.
2. Коморбидный фон следует учитывать при анализе причин смерти пациентов.
3. Для принятия решения о необходимости назначения агрессивной терапии необходимо учитывать и коморбидный статус, и лабораторные данные (уровень мочевины, лейкоцитов, СРБ).