

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).