

РОЛЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

Стяжкина С.Н.¹, Макшакова Н.П.², Симанова А.А.³, Сухих Н.В.⁴,
Воробьева А.В.⁵

¹Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской хирургии;

²Макшакова Наталья Петровна – студент;

³Симанова Александра Александровна – студент;

⁴Сухих Наталья Владимировна – студент;

⁵Воробьева Анна Владимировна – студент,
лечебный факультет

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Аннотация: в настоящее время в условиях демографического старения населения отмечается рост числа заболеваний одного пациента. Статья посвящена изучению роли коморбидности в практике врача хирургического профиля. Выявлена наиболее часто встречаемая за 2013 год коморбидная патология хирургического отделения Первой Республиканской клинической больницы г. Ижевска Удмуртской республики. Затрагиваются проблемы комплексного лечения больных с сочетанными патологическими процессами. В заключение авторы предлагают основные подходы к тактике ведения пациентов с коморбидными состояниями для предупреждения нежелательных медико-социальных последствий.

Ключевые слова: Удмуртия, коморбидность, сочетанная патология, алгоритм ведения пациентов.

Уже много лет назад поколения врачей пропагандировали целесообразность комплексного подхода в выявлении болезней больного, но современная медицина, которая отличается обилием диагностических методик и разнообразием лечебных процедур, потребовала конкретизации. В этой связи в медицине назрел вопрос – как всесторонне оценить больного, страдающего одновременно несколькими заболеваниями, с чего начать обследование и на что в первую и последующие очереди направить лечение? Многие годы этот вопрос оставался открытым, пока в 1970 году A.R. Feinstein — выдающийся американский врач, исследователь, эпидемиолог, не предложил понятие «коморбидность». Явление коморбидности профессор Feinstein продемонстрировал на примере соматических больных острой ревматической лихорадкой. Он обнаружил худший прогноз пациентов, страдающих одновременно несколькими заболеваниями. В дальнейшем коморбидность была выделена в качестве отдельного научно-исследовательского направления в разных отраслях медицины.

Коморбидность — наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него. Коморбидность – это не просто механическая сумма нескольких нозологий, а определенное взаимодействие болезней, приводящее к возникновению нового патоморфологического состояния и формирующее в итоге новую болезнь с индивидуальными клиническими проявлениями, что требует персонализированной терапии.[1, с.3-4]

Некоторые авторы противопоставляют друг другу понятия коморбидности и мультиморбидности, определяя первую, как множественное наличие заболеваний, связанных доказанным единым патогенетическим механизмом, а вторую, как наличие множественных заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами. Другие утверждают, что мультиморбидность есть сочетание множества хронических или острых болезней и медицинских состояний у одного человека, и не делают ударения на единство или разность их патогенеза. Однако принципиальное уточнение термину дали Н.С. Крамер и М. van den Akker, определив коморбидность, как сочетание у одного больного двух или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них.

Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний, включая хирургических, индивидуально. Современные исследователи сходятся во мнении, что взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс. Глубокое и всестороннее рассмотрение различных аспектов теории и практики позволяет утверждать, что коморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода. Наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению койко-дней, инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, увеличивает число осложнений после хирургических вмешательств, способствует увеличению вероятности падений у пожилых больных. [2, с.43-44]

Наличие коморбидности следует учитывать при выборе алгоритма диагностики и схемы лечения той или иной болезни. Также необходимо помнить, что она приводит к полипрагмазии, то есть

одновременному назначению большого количества лекарственных препаратов, что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пациентов, а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению). Кроме того, полипрагмазия, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов. Эти побочные эффекты не всегда принимаются врачами во внимание, поскольку расцениваются как проявление одного из факторов коморбидности и влекут за собой назначение ещё большего количества лекарственных препаратов, замыкая «порочный круг». При этом абсолютно понятно, что наличие коморбидной патологии приводит к большим экономическим затратам, чем при лечении единственной нозологии.

Все вышесказанное показывает необходимость уделять большое внимание коморбидной патологии больных хирургического профиля.

При проведении анализа коморбидной патологии в хирургической клинике I Республиканской клинической больницы г. Ижевска за 2013 год программа изучения была направлена на выявление основной коморбидной патологии, наблюдаемая у хирургических больных (табл.1) .

Таблица 1. Коморбидная патология за 2013 год в разных возрастных категориях

Возраст т	Пол		Профессия			Сопутствующие заболевания
	жен	муж	Трудоспособные	Пенсионеры	Инвалиды	
18- 40 лет	8	9	13	-	4	Гепатит – 4 Токсический зоб -2 Цирроз -1 Сахарный диабет- 2 Простатит -1
41- 60 лет	29	15	24	10	10	ЖКБ – 7 ГБ – 11 Бронхиальная астма- 2 Ожирение – 4 ИБС – 6 ХОБЛ-2 Сахарный диабет-7 Гепатит -2
61-90 лет	30	12	1	34	7	ГБ- 19 ИБС-13 Сахарный диабет-7 Токсический зоб-3 ЖКБ-5

Всего было проанализировано 143 истории болезней. Результаты проведенного исследования позволяют сделать некоторые частные выводы, представляющие интерес для нашего исследования:

- в структуре коморбидности лидирует сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Методом опроса хирургических больных, имеющих данную коморбидную патологию, была предположена связь увеличенной частоты встречаемости патологии сердечно-сосудистой системы с изменениями в диете, в частности с повышенным потреблением соли, снижением физической активности и психологическим стрессом. Таким образом, повышение АД с возрастом представляет сложный многокомпонентный процесс, в значительной мере определяемый факторами внешней среды и образом жизни;

- второе место по частоте занимают болезни эндокринной (сахарный диабет – преимущественно II типа) и пищеварительной системы (желчекаменная болезнь);
- более чем у 50% пожилых пациентов встречается 3 и более сочетанных патологий;
- наличие коморбидной патологии повышает частоту инвалидизации пациентов;
- демографические сдвиги в сторону увеличения числа лиц пожилого возраста Удмуртской Республики отразились на возрастном составе пациентов хирургического профиля. [3]

Следует отметить, что единственным неустранимым предиктором частоты коморбидной отягощенности является возраст больных. Возраст пациентов представляет собой одну из самых высоких степеней риска и должен обязательно учитываться при решении вопроса об оперативном вмешательстве.

Проблема коморбидности приобретает все большую актуальность в тех странах и регионах, где социальные условия общества способствуют увеличению продолжительности жизни людей пожилого и старческого возраста, что указывает на необходимость выработки единого взгляда на проблему сочетанной патологии. Таким образом, коморбидность является массовым явлением, затрагивающим практически каждого пациента, особенно пожилого возраста.

Для повышения эффективности лечения представляется целесообразным выделять следующие этапы ведения коморбидного пациента:

- тщательный сбор жалоб и анамнеза по всем заболеваниям, учет и оценка факторов риска, оценка стадии эволюции коморбидности;

- вычленение при формулировке диагноза основного заболевания, сопутствующих заболеваний и ассоциированных с ними состояний; проведение консультаций или совместных осмотров с врачами специалистами (кардиолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, уролог, эндокринолог, хирург и другими по показаниям);

- выявление вызванных заболеваниями изменений в системах и органах, для чего необходимо проведение диагностических мероприятий;

- разработка тактики лечения и диспансерное наблюдение пациента.[4,с.1]

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что практикующие врачи хирургической клиники часто сталкиваются с проблемами развития коморбидности и сочетанной патологии. Важно разработать оптимальную организацию и стратегию ведения сочетанных болезней, совершенствовать методы научных исследований, рекомендации для врачей, ориентированные на индивидуализированное ведение пациентов с учетом коморбидных состояний.

Список литературы

1. *Стяжкина С.Н. Чернышова Т.Е., Михайлов А.Ю.* «Роль коморбидной патологии с учетом диспластического синдрома в практике хирурга и гинеколога», 2013. Стр. 3-4.
2. *Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Леднева А.В.* «Коморбидность в хирургической практике», 2012. Стр. 43-44.
3. Архив историй болезней Республиканской клинической больницы № 1 г. Ижевска за 2013 г.
4. *Шеметова Г.Н.* «Подходы к тактике ведения пациентов с коморбидными состояниями». Саратов, 2016. Стр. 1.