DOI: 10.17117/na.2016.04.03.383

<http://ucom.ru/doc/na.2016.04.03.383.pdf>

Поступила (Received): 27.04.2016

**Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Леднева А.В.,
Федорова Е.В., Хохрякова Ю.А.
Коморбидность в urgentной хирургии при гнойно-
воспалительных процессах брюшной полости**

**Styazhkina S.N., Chernyshova T.E., Ledneva A.V.,
Fedorova E.V., Khokhryakova Y.A.
Comorbidity in emergency surgery for purulent
inflammation processes of the abdominal cavity**

Коморбидность (наличие нескольких заболеваний у одного пациента) является одной из проблем современной терапевтической и хирургической практики. В данной статье рассмотрены понятие коморбидности, ее роль в эффективности реабилитации прооперированных больных и приведен клинический пример пациентки с высоким показателем коморбидности

Ключевые слова: коморбидность, хирургия

Comorbidity (multiple diseases in one patient) is one of the problems of modern therapeutic and surgical practice. The article describes the concept of comorbidity and its role in the effectiveness of rehabilitation of operated patients. The clinical case of observation of a patient with a high rate of comorbidity is illustrated as an example

Key words: comorbidity, surgery

Стяжкина Светлана Николаевна

Доктор медицинских наук, профессор
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Styazhkina Svetlana Nikolaevna

Doctor of Medical Sciences, Professor
Izhevsk state medical academy
Izhevsk, Kommunarov st., 281

Чернышова Татьяна Евгеньевна

Доктор медицинских наук, профессор
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Chernyshova Tatyana Evgenyevna

Doctor of Medical Sciences, Professor
Izhevsk state medical academy
Izhevsk, Kommunarov st., 281

Леднева Анна Викторовна

Кандидат медицинских наук, ассистент
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Ledneva Anna Viktorovna

Candidate of Medical Sciences, Assistant
Izhevsk state medical academy
Izhevsk, Kommunarov st., 281

Федорова Елизавета Вениаминовна

Студент
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Fedorova Elizaveta Veniyaminovna

Student
Izhevsk state medical academy
Izhevsk, Kommunarov st., 281

Хохрякова Юлия Александровна

Студент
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Khokhryakova Yuliya Alexandrovna

Student
Izhevsk state medical academy
Izhevsk, Kommunarov st., 281

Коморбидность – сосуществование двух и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них, широко представлена среди пациентов, госпитализированных с острой патологией в хирургические стационары [1]. Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих острых заболеваний многогранно и индивидуально и должно учитываться при предоперационной подготовке, мониторинге состояния больного во время операции и в послеоперационный период [4].

Для оценки роли коморбидности в эффективности реабилитации прооперированных больных было сформировано 2 группы: основная (72 человека) и группа сравнения (81 пациент). Группы были сопоставимы по возрасту (23-58 лет) больных, полу (соотношение мужчин/женщин 2,3/1), частоте сопутствующей патологии.

Мы проанализировали частоту встречаемости соматических заболеваний (степень коморбидности) между группами и детально в двух подгруппах основной группы пациентов (72 человека – таблица 1), из них у 30 больных острым панкреатитом и 52 больных острым холециститом.

Таблица 1. Системность патологических процессов обследованных пациентов

Статистические распределения (расшифровка аббревиатуры представлена в примечаниях)	Основная группа (n=72)				Группа сравнения (n=81)			
	Острый панкреатит (n=30)		Острый холецистит (n=42)		Острый панкреатит (n=30)		Острый холецистит (n=51)	
	n (чел)	(%)	n (чел)	(%)	n (чел)	(%)	n (чел)	(%)
Дыхательная система.								
Всего:	10	33,3	2	3,8	6	18,75	13	25,5
ХОБЛ*	3	10	1	1,9	2	6,3	4	7,8
ХНБ*	7	23,3	1	1,9	4		9	17,6
Пищеварительная система.								
Всего:	18	60	18	34,6	14	12,5	9	17,6
Хр. гастрит, гастродуоденит	7	23,3	9	17,3	5	43,7	5	9,8
Энтериты, колиты, СРК*	3	10	1	1,9	6	15,6	0	0
Язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки	1	3,3	1	1,9	0	18,7	3	5,9
Хр. холецистит	3	10	5	9,6	4	0	2	3,8
Хр. панкреатит	4	13,3	3	5,7	6	12,5	2	3,8
ЖКБ*	4	13,3	9	17,3	0	18,75	2	3,8
Хр. гепатит, стеатоз, цирроз печени	4	13,3	3	5,7	1		3	5,8
Мочевыделительная система.								
Всего:	10	33,3	4	7,6	7	3,2	5	10

Хр. пиелонефрит	2	6,7	1	1,9	6	21,8	1	1,9
Мочекаменная бо- лезнь	2	6,7	1	1,9	0	18,7	2	3,9
Хр. простатит	6	20	2	3,8	1	0	2	3,9
Эндокринная си- стема.	8	3,75	8	15,4	7	3,2	9	17,6
Всего:	4	13,3	4	7,7	3	21,8	5	9,8
ДТЗ, ДУЗ*	1	3,3	2	3,8	0	9,4	1	1,9
АИТ*	0	0	4	7,7	2	0	4	7,8
Ожирение	3	10	0	0	3	6,4	2	3,9
Сахарный диабет								
Опорно-двигатель- ный аппарат.								
Всего:	10	33,3	4	7,6	11	9,4	5	9,8
Артриты и артрозы	2	6,7	1	1,9	3	34,4	2	3,9
Остеохондроз	10	33,3	1	1,9	3	9,4	3	5,8
Хронический алко- голизм	5	16,7	1	1,9	6	9,4	2	6,9
ХВН*	7	23,3	1	1,9	4	18,7	3	5,8
Анемия (ЖДА*)	2	6,7	0	0	1	12,5	2	3,9
Артериальная ги- пертензия								
Всего:	13	43,3	5	9,6	14	43,7	5	9,8
I степени (мягкая)	6	20	1	1,9	9	17,3	3	5,8
II степени (умерен- ная)	4	13,3	4	7,6	3	9,4	1	1,9
III степени (тяжелая)	3	10	0	0	2	6,3	1	1,9

Примечание: ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; ХНБ – хронический необструктивный бронхит; СРК – синдром раздраженной толстой кишки; ЖКБ – желчно-каменная болезнь; ДТЗ – диффузный токсический зоб; ДУЗ – диффузно-узловой зоб; АИТ – аутоиммунный тиреоидит; ХВН – хроническая венозная недостаточность; ЖДА – железодефицитная анемия

У 60% больных острым панкреатитом регистрировалась патология желудочно-кишечного тракта. Распространенность сопутствующих заболеваний, связанных с патологией пищеварительной системы, превалировала при остром панкреатите, сопоставив в среднем $2,7 \pm 0,02$ нозологий на одного больного против $2,4 \pm 0,03$ в подгруппе больных с деструктивным холециститом. Зарегистрировано, что каждый четвертый больной, поступающий в хирургическое отделение с диагнозом острый панкреатит, имел в анамнезе желчно-каменную болезнь и/или хронический холецистит, а у 13,3% пациентов за 1-13 лет до диагностики острой хирургической патологии поджелудочной железы был диагностирован хронический панкреатит.

В подгруппе больных острым холециститом у каждого десятого больного был зарегистрирован хронический холецистит, а у 17,3% пациентов – желчно-каменная болезнь.

Практически у половины больных (43% случаев) была диагностирована артериальная гипертензия, у каждого третьего больного хронические заболевания системы дыхания и мочевыделительной системы.

Учитывая, что у большинства пациентов имело место сочетание нескольких нозологий, для унифицированной оценки степени коморбидности мы использовали определение индекса коморбидности Чарльсона (ИК) и индекса CIRS – кумулятивной шкалы рейтинга заболеваний (Cumulative Illness Rating Scale).

Индекс коморбидности был предложен специально для прогноза больных с длительными сроками стационарного лечения, прооперированных больных, находящихся на гемодиализе. Он представляет собой банальную систему оценки возраста и наличия определенных сопутствующих заболеваний. При его расчете суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляется один балл на каждую декаду жизни при превышении пациентом сорокалетнего возраста (т.е. 50 лет – 1 балл, 60 лет – 2 балла и т.д.) [5,6]. Индекс Чарльсона составил в подгруппе больных острым панкреатитом основной группы $3,5 \pm 0,4$, а в подгруппе больных острым холециститом – $2,4 \pm 0,5$ соответственно.

Согласно CIRS с анализом патологии по различным системам организма минимальная сумма баллов – 0, максимальная – 56 баллов. Высоким уровнем коморбидности считается сумма баллов больше десяти [2,10]. Баллы в исследованиях коморбидности поставлялись на основании информации, содержащейся в записях медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного). Пациенты исследуемых групп были ранжированы по CIRS на момент выписки из стационара.

При оценке полученных данных в основной группе пациентов зарегистрирована значимая корреляция между ИК и CIRS с продолжительностью койко-дней, проведенных больными после операции (при остром панкреатите $r=0,78$ и $r=0,62$, при остром холецистите $r=0,45$ и $r=0,32$ соответственно). Корреляция показателей ИК и CIRS с продолжительностью дней нетрудоспособности составила при остром панкреатите $r=0,63$ и $r=0,44$, при холецистите $r=0,44$ и $r=0,28$ соответственно.

В группе сравнения динамика показателей в послеоперационный период была менее значима при сохранении общей взаимосвязи ИК и CIRS со временем стационарного лечения (койко-днями $r=0,33$ и $r=0,23$) и продолжительностью дней нетрудоспособности при выписке больных из стационара ($r=0,33$ и $r=0,19$). Период нетрудоспособности у больных группы сравнения был на $3,2 \pm 1,6$ койко-дня больше в подгруппе больных с острым панкреатитом и на $7,9 \pm 5,6$ койко-дней – при остром холецистите.

Таким образом, подтверждено, что важной особенностью современного больного хирургического профиля является то, что развитие острого заболевания манифестирует на фоне полиморбидной патологии [1,8]. Современный пациент страдает, как правило, несколькими заболеваниями. В основе этого две причины: прогрессирующий рост количества хронических болезней и старение населения. Обе причины являются отражением достижений медицины: роста выживаемости людей после острых заболеваний – эффективность хирургического лечения, реанимационных мероприятий с одной стороны, увеличения

продолжительности жизни, приводящего к развитию возрастных дегенеративных болезней, – с другой [3,9]. Не вызывает сомнений, что все заболевания оказывают то или иное влияние друг на друга в плане взаимного отягощения, проблем лечения и отдаленного прогноза эффективности реабилитации [2,4]. Взаимовлияние сопутствующих заболеваний и неизбежность в этой ситуации лекарственных полипрагмазии и патоморфоза не только изменяют клиническую картину острой хирургической патологии, затрудняя лечебно-диагностический процесс, но усугубляют характер и тяжесть острой хирургической патологии, а также увеличивают число осложнений после хирургических вмешательств и вероятность летального исхода даже при эффективно проведенных операциях [4,7].

Как указывалось ранее, коморбидность широко представлена среди пациентов, госпитализированных с острой патологией в хирургические стационары. В качестве примера коморбидной патологии приведен следующий клинический случай.

Пациентка С. 72 лет поступила в хирургическое отделение I РКБ из районной больницы, где находилась на лечении 2 койко-дня с диагнозом: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха. В РБ ей проводилась соответствующая заболеванию консервативная инфузионная терапия, но без положительной динамики. При поступлении в I РКБ пациентке был выполнен полный комплекс лабораторного и инструментального исследования, по данным УЗИ и СКТ выявлены признаки панкреонекроза, флегмоны забрюшинной клетчатки, свободной жидкости в брюшной полости и малой сальниковой сумке. Больная была прооперирована: лапаротомия, мобилизация поджелудочной железы, частичная ее некротомия, вскрытие флегмоны парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, холецистостомия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, установка промывной системы брюшной полости. Через день было выполнено еще 2 плановые санации брюшной полости. Консервативная терапия включала инфузионную, дезинтоксикационную, антиферментную, антисекреторную, антибактериальную, обезболивающую терапию. Но, несмотря на весь комплекс проводимого лечения, больная умерла от полиорганной недостаточности через 4 суток от момента поступления в клинику.

Заключительный диагноз: Тотальный геморрагический панкреонекроз. Флегмона парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Разлитой ферментативный перитонит. Механическая желтуха. Экссудативный плеврит. Анемия III степени. Полиорганная недостаточность. Из коморбидной патологии у больной присутствовали: ожирение, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения; гипертоническая болезнь 3 степени, 3 стадии, хроническая сердечная недостаточность 1-2; острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе; полное выпадение матки. Индекс коморбидности CIRS составлял 15 баллов. В результате таких высоких показателей коморбидности, пожилого возраста пациентки и тяжелого панкреонекроза летальный исход был непредотвратим.

Список используемых источников:

1. Белялов Ф.И. Двенадцать признаков коморбидности // Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике. Иркутск, 2009.
2. Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Кобелев А.В. и др. Комплексное лечение и профилактика гнойно-септических осложнений в хирургической клинике // Эфферентная, иммунокорригирующая и интенсивная терапия в клинической практике. Ижевск, 2004.
3. Стяжкина С.Н., Журавлев К.В., Леднева А.В., Ларин В.В. Роль коморбидной патологии в хирургии // Фундаментальные исследования. 2011. № 7.
4. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Леднева А.В. Коморбидность в хирургической практике // Трудные и нестандартные ситуации в хирургической практике. 2012.
5. Стяжкина С.Н., Курникова И.А., Пименов Л.Т. Полиморбидность при гиперпаратиреозе // Очерки клинической эндокринологии. 2011.
6. Стяжкина С.Н., Коробейников В.И., Леднева А.В., Загребина Н.И. Развитие панкреонекроза в раннем послеоперационном периоде после операции по поводу первичного гиперпаратиреоза (клиническое наблюдение) // Практическая медицина. 2012. № 2.
7. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Виноходова Е.М., Султанова М.В. Коморбидность в практике гинекологов и хирургов с учетом диспластического синдрома // Пермский медицинский журнал. 2013.
8. Стяжкина С.Н., Климентов М.Н., Чернышова Т.Е., Черненко М.Л. Дисплазия соединительной ткани как маркер послеоперационных осложнений // Медицинский альманах. 2013. № 5 (29).
9. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Михайлов А.Ю., Ребро Н.А., Черненко М.Л., Виноходова Е.М., Султанова М.В., Порываева Е.Л., Пахомова И.Н. Роль коморбидной патологии с учетом диспластического синдрома в практике хирурга и гинеколога // Пермский медицинский журнал. 2014. № 1.
10. Стяжкина С.Н., Борисова Т.А., Курникова И.А., Чернышова Т.Е. Перспективы эндозкологической реабилитации больных аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы // Фундаментальные исследования. 2011. № 11. Ч. 3.

© 2016, Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е.,
Леднева А.В., Федорова Е.В., Хохрякова Ю.А.
Коморбидность в urgentной хирургии при
гнойно-воспалительных процессах брюшной
полости

© 2016, Styazhkina S.N., Chernyshova T.E.,
Ledneva A.V., Fedorova E.V., Khokhryakova Y.A.
Comorbidity in emergency surgery for purulent
inflammation processes of the abdominal cavity