

УДК 616.127-005.8-071.1/-074

©М. В. Гребеник, О. Т. Люта, В. Р. Микуляк

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

ОЦІНКА ІНДЕКСУ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

ОЦІНКА ІНДЕКСУ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА – Проведено аналіз структури супутньої патології у хворих на гострий інфаркт міокарда, обчислено індекс коморбідності за методикою М. Charlson та опитувальником SCQ. Встановлено, що наявність коморбідної патології у хворих на гострий ІМ суттєво погіршує прогноз виживання.

ОЦЕНКА ИНДЕКСА КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА – Проведен анализ структуры сопутствующей патологии у больных острым инфарктом миокарда, вычислен индекс коморбидности по методике М. Charlson и опроснику SCQ. Установлено, что наличие коморбидной патологии у больных острым ИМ существенно ухудшает прогноз выживания.

ASSESSMENT OF INDEX OF COMORBIDITY PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION – Conducted analysis the structure of comorbidity in patients with acute myocardial infarction, calculated comorbidity index by the method of M. Charlson and questionnaire SCQ. It was established that the presence of comorbid disease in patients with acute myocardial infarction significantly worse prognosis for survival.

Ключові слова: інфаркт міокарда, коморбідність, індекс Charlson.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, коморбидность, индекс Charlson.

Key words: myocardial infarction, comorbidity, Charlson index.

ВСТУП Рання діагностика та адекватне лікування гострого інфаркту міокарда (ІМ) вважається однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Незважаючи на суттєві досягнення інтервенційної кардіології, створення мережі реперфузійних центрів, що дозволяє проводити черезшкірні коронарні втручання, смертність від ІМ залишається на високому рівні й складає 18,5 на 100 тис. населення України [3]. На думку багатьох вчених, однією з причин високої летальності є значна поширеність коморбідності й поліморбідності в популяції [2, 5].

Термін “коморбідність” (comorbidity) використовують для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму, або наявності двох захворювань; при наявності 3 і більше захворювань застосовують термін “мультиморбідність” (multimorbidity) [7, 8]. Серед пацієнтів, яких включено до Українського реєстру гострого ІМ (2011), артеріальну гіпертензію (АГ) виявлено у 79,0 %, цукровий діабет (ЦД) — у 19,1 %, а в 6,1 % – хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Крім цього, у 1,9 % були онкологічні захворювання [4, 6]. Доведено, що наявність супутньої патології у хворих на гострий ІМ модифікує його клінічний перебіг, провокує розвиток ускладнень, погіршує якість життя і виживання пацієнтів [1].

Метою роботи були встановлення частоти поєднання ІМ з іншими патологіями, оцінка індексу коморбідності за методикою Charlson та опитувальником SCQ для подальшого визначення прогнозу 10-річного виживання хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 60 хворих на гострий ІМ, які перебували на стаціонарному лікуванні

у кардіологічному відділенні Тернопільської міської лікарні № 2. Серед пацієнтів було 32 чоловіки (середній вік $(69,15 \pm 4,68)$ року) та 28 жінок (середній вік $(68,80 \pm 5,65)$ року). Діагноз ІМ встановлювали згідно з рекомендаціями ESC (2008).

Усім хворим проведено визначення індексу коморбідності за загальноприйнятою методикою М. Charlson [9]. Даний індекс являє собою бальну систему оцінки (від 0 до 40) наявності певних супутніх захворювань і використовують для прогнозу 10-річного виживання. При його розрахунку підсумовують бали, що відповідають супутнім захворюванням, а також додають один бал за десять років життя пацієнта більше 40 років. Крім цього, ми використовували сучасний опитувальник “The Self-Administered Comorbidity Questionnaire” (SCQ), розроблений американськими вченими О. Sangha та G. Stucki, для додаткової оцінки впливу коморбідності на якість життя і виживання хворих [10]. Завдяки встановленню кореляції показників нового опитувальника з індексом Charlson, стає можливим більш детальна оцінка коморбідності навіть у випадку, коли відсутня архівна медична документація хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ В результаті проведеного дослідження встановлено, що у 81,4 % випадків ІМ розвинувся на фоні АГ, у 26,3 % – ЦД. Патологія шлунково-кишкового тракту була у 36,8 % хворих, серед якої 13,4 % становила виразкова хвороба, 18,2 % – хронічні панкреатит та гастродуоденіт, 15,6 % – жовчнокам'яна хвороба. ХОЗЛ діагностовано у 5,8 % пацієнтів. У 12,8 % хворих зафіксовано в анамнезі порушення мозкового кровообігу у вигляді транзиторних ішемічних атак, інсульту з мінімальними залишковими явищами або інвалідизуючими проявами. Остеоартроз спостерігали у 6,3 % пацієнтів. Ураження периферичних судин (наявність облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок) проявлялись у 10,0 % хворих на ІМ. Крім цього, в 6,5 % пацієнтів були онкологічні захворювання, з них у 2,5 % із метастатичним поширенням. Іншу патологію (гіпотиреоз, сечокам'яна хвороба, саркоїдоз легень, ревматична хвороба серця) діагностовано в 3,0 % випадків.

Встановлено, що лише у 11,1 % обстежених відсутня супутня патологія, ІМ поєднувався з одним супутнім захворюванням у 24,7 %, з двома – у 34,7 %, з трьома і більше – у 29,5 % випадків. При визначенні індексу Charlson у пацієнтів із супутніми захворюваннями отримано дані в межах від 5 до 13 балів, середнє значення становило 6,6 бала. У хворих на ІМ без поєднаної патології індекс Charlson відповідав 3–4 балам. Згідно з даною методикою, 10-річне виживання хворих, в яких ІМ перебігав в умовах коморбідності, становитиме менше 21,0 %, натомість у хворих лише з ІМ – 77,0 %, що свідчить про несприятливий прогноз у пацієнтів із супутніми захворюваннями. За даними опитувальника SCQ також отримано високі

показники коморбідності – 9–15, в середньому – 10,2. Особливістю цієї методики є те, що хворий може самостійно оцінювати тяжкість супутньої патології та її вплив на якість життя.

Згідно з проведеними раніше дослідженнями, в гострому періоді ІМ із поєднаною патологією частка ускладнень була більшою на 8,5 % порівняно із ІМ без супутніх захворювань. При коморбідних станах частіше реєструвались фатальні ускладнення ІМ (фібриляція шлуночків – 7,1 %, кардіогенний шок – 9,4 %, набряк легень – 15,4 %, розрив міокарда – 2,8 %). Відповідно 30-денне виживання у хворих на ІМ із супутньою патологією становило 81,5 %, без супутньої – 87,0 %.

ВИСНОВКИ В обстежених хворих ІМ поєднувався з іншими захворюваннями у 88,9 % випадків, що підтверджує значне поширення коморбідної та мультиморбідної патології у досліджуваній популяції. За оцінкою індексу Charlson, даними опитувальника SCQ прогноз 10-річного виживання хворих на ІМ та коморбідними станами становить менше 21,0 %, пацієнтів із ІМ без супутньої патології – 77,0 %, що вказує на суттєве погіршення показника виживання і вимагає удосконалення стандартних протоколів лікування гострого ІМ із врахуванням коморбідності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беялов Ф. И. Двенадцать тезисов коморбидности / Ф. И. Беялов // Клиническая медицина. – 2009. – № 12. – С. 69–71.
2. Верткин А. Л. Коморбидность / А. Л. Верткин, М. А. Румянцев, А. С. Скотников // Клиническая медицина. – 2012. – Т. 90, № 10. – С. 4–11.
3. Зозуля І. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Український медичний часопис. – 2011. – № 9. – С. 6–14.
4. Коломоєць М. Ю. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці / М. Ю. Коломоєць, О. О. Вашеняк // Український медичний часопис. – 2012. – № 5(91). – С. 140–143.
5. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность / Л. Б. Лазебник // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 1. – С. 10–11.
6. Пархоменко А. Н. Украинский регистр острого инфаркта миокарда как фрагмент Европейского: характеристика больных, организация медицинской помощи и госпитальная терапия / А. Н. Пархоменко, Я. М. Лутай, Н. Даншан // Український медичний часопис. – 2011. – № 1. – С. 20–24.
7. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid. Based Med. – 2010. – Vol. 15(6). – P. 165–166.
8. Caughey G. E. Multimorbidity research challenges: where to go from here? / G. E. Caughey, E. E. Roughead // Journal of Comorbidity. – 2011. – Vol. 1. – P. 8–10.
9. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. McKenzie // J. Chron. Dis. – 1987. – Vol. 40(5). – P. 373–383.
10. The self-administered comorbidity questionnaire: A new method to assess comorbidity for clinical and health services research / O. Sangha, G. Stucki, M. H. Liang [et al.] // Arthritis Care & Research. – 2003. – Vol. 49 (2). – P. 156–163.

Отримано 19.03.14