

Клинические аспекты и подходы к оценке выраженности коморбидности у больных с острым коронарным синдромом

1 — ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; 2 — ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Efros L. A., Naumova O. A., Zhdanova Ye. A., Andrienko S. V.

Clinical aspects and approaches to expressiveness assessment of comorbidity of patients with acute coronary syndrome

Резюме

Введение. Коморбидная патология существенно влияет на прогноз и течение основного заболевания. Одним из наиболее известных методов для оценки отдаленного прогноза полиморбидных больных в клинической практике является индекс Чарлсона. Цель исследования: оценить особенности сопутствующей патологии, индекса коморбидности Чарлсона у больных с острым коронарным синдромом с учетом пола и возраста. **Материалы и методы.** В ретроспективное исследование включены 1143 пациента (с учетом умерших пациентов) с острым коронарным синдромом, прошедших лечение в отделении кардиологии № 2 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в 2015 году. В зависимости от сопутствующей патологии больные распределены по основным классам хронических неинфекционных заболеваний: болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы, болезни органов пищеварения. При оценке коморбидности пациенты были разделены на две группы: до 5 баллов; 5 баллов и выше по основным классам хронических неинфекционных заболеваний. Оценка двухлетней выживаемости проведена по методу Kaplan – Meier. Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ Microsoft Office и программы SPSS Statistics (версия 20.0). **Результаты.** Пациенты мужского пола были госпитализированы чаще в сравнении с женщинами. На одного больного в среднем пришлось два заболевания из всей группы больных. Наиболее частыми сопутствующим заболеваниями у всех больных были болезни системы кровообращения, на втором месте – болезни эндокринной системы, на третьем месте – болезни органов пищеварения. С учетом клинической формы острого коронарного синдрома и хронических неинфекционных заболеваний среднее значение индекса коморбидности Чарлсона выше у больных с инфарктом миокарда в сравнении с нестабильной стенокардией. Индекс коморбидности Чарлсона выше 5 баллов наблюдался чаще у женщин независимо от хронического неинфекционного заболевания и клинической формы ОКС. **Выводы.** Высокий индекс коморбидности Чарлсона наблюдается у всех больных с заболеваниями эндокринной системы и болезнями органов дыхания независимо от клинической формы острого коронарного синдрома, пола и возраста. Двухлетняя выживаемость больных острым коронарным синдромом с заболеваниями органов пищеварения ниже, чем при сочетании с другими хроническими неинфекционными заболеваниями.

Ключевые слова: возраст, пол, острый коронарный синдром, коморбидность, индекс Чарлсона

Summary

Introduction. Comorbid pathology significantly affects the prognosis and course of the underlying disease. One of the most well-known methods for assessing the long-term prognosis of polymorbid patients in clinical practice is the Charlson index. **Objective:** to evaluate the features of comorbidity, the Charlson comorbidity index in patients with acute coronary syndrome, taking into account sex and age. **Materials and methods.** The study included 1143 patients with acute coronary syndrome who received treatment at Cardiology Department No. 2 of the State Regional Clinical Hospital “Chelyabinsk Regional Clinical Hospital”. Depending on the concomitant pathology, patients are divided into the main classes of chronic non-infectious diseases – diseases of the circulatory system, diseases of the respiratory system, diseases of the endocrine system, diseases of the digestive system. In assessing comorbidity, patients were divided into two groups – up to 5 points and 5 points and higher in the main classes of chronic non-communicable diseases. Evaluation of two-year survival carried out by the method of Kaplan

– Meier. Statistical analysis is performed using Microsoft Office applications and SPSS Statistics (version 20.0). Results. Male patients were hospitalized more often in comparison with women. On average one patient had two diseases from the whole group of patients. The most frequent concomitant diseases in all patients were diseases of the circulatory system, in second place – diseases of the endocrine system, in third place – diseases of the digestive system. Taking into account the clinical form of acute coronary syndrome and chronic non-communicable diseases, the average value of the Charlson comorbidity index is higher in patients with myocardial infarction compared with unstable angina. The Charlson comorbidity index above 5 points was observed more often in women, regardless of chronic non-infectious disease and the clinical form of ACS. Conclusions. Charlson's high comorbidity index is observed in all patients with diseases of the endocrine system and respiratory diseases, regardless of the clinical form of acute coronary syndrome, gender and age. Two-year survival of patients with acute coronary syndrome with diseases of the digestive system is lower than in combination with other chronic non-infectious diseases.

Key words: age, sex, acute coronary syndrome, comorbidity, the Charlson index

Введение

Сердечно-сосудистая патология является основной причиной смертности как у мужчин, так и у женщин. Мультифакторная природа сердечно-сосудистых заболеваний предполагает высокий уровень коморбидности, что обуславливает сложность диагностики, рост затрат на лечение, реабилитацию, профилактические мероприятия и прогноз основных видов патологии [1, 2].

Коморбидность не может пониматься как сумма или результат сложения того или иного количества заболеваний. За ней стоят те закономерности формирования патологии, которые еще предстоит изучить и понять [3].

Предложены различные индексы для оценки феномена коморбидности. Одним из наиболее популярных в клинической практике является индекс Чарлсона, предложенный М. Е. Charlson в 1987 году для оценки отдаленного прогноза полиморбидных больных [4].

Цель – оценить сопутствующую патологию по индексу коморбидности Чарлсона у больных с острым коронарным синдромом с учетом пола и возраста.

Материалы и методы

В ретроспективное исследование включены 1143 пациента (с учетом умерших пациентов) с острым коронарным синдромом, прошедших лечение в отделении кардиологии № 2 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в 2015 году. Диагноз «острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST» (ОКСспST) имели 463 (40,5 %) пациента; «острый коронарный синдром без подъема сегмента ST» (ОКСбпST) – 174 (15,2 %) пациента; «нестабильная стенокардия» (НС) – 506 (44,3 %) пациентов. Из них 740 (64,7 %) мужчин и 403 (35,3 %) женщины. Средний возраст всех пациентов составил ($62,5 \pm 9,8$) года, мужчин – ($59,4 \pm 9,0$) года, женщин – ($68,3 \pm 9,1$) года.

Все больные, вошедшие в исследование, были распределены по возрастным группам в соответствии с МКБ-10 (моложе 34, 35–44, 45–54, 55–64 и старше 65 лет).

В зависимости от сопутствующей патологии больные распределены по основным классам хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ): болезни системы кровообращения (БСК), болезни органов дыхания (БОД), болезни эндокринной системы (БЭС), болезни органов пищеварения (БОП). Оценка коморбидности проведена

по индексу Чарлсона [5]. При оценке коморбидности пациенты были разделены на две группы: до 5 баллов; 5 баллов и выше по основным классам хронических неинфекционных заболеваний.

Оценка двухлетней выживаемости проведена по методу Kaplan – Meier, достоверность различий между кривыми выживаемости оценивали на основании long-mark test. Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ Microsoft Office и программы SPSS Statistics (версия 20.0).

Результаты и обсуждение

Согласно результатам проведенного исследования, пациенты мужского пола были госпитализированы чаще в сравнении с женщинами ($p = 0,000$). У мужчин чаще диагностировался ОКСспST – 45,27 %, тогда как у женщин преобладала нестабильная стенокардия – 51,86 %. Достоверных различий в частоте встречаемости ОКС без подъема ST не было (рисунок 1).

Анализ распределения по возрасту показал, что острый коронарный синдром у мужчин чаще развивается в 55–64 года (30,7; 37,9; 35,7 %), у женщин – в возрасте старше 75 лет (43,7; 47,0; 23,4 %).

Комплексная оценка данных анамнеза показала, что всего среди 1143 пациентов было выявлено 2317 заболеваний. На одного больного в среднем пришлось два заболевания из всей группы больных, госпитализированных с ОКС. Отсутствие сопутствующих заболеваний отмечено только у 8,7 % пациентов. Более чем у трети пациентов (32,4 % случаев) зарегистрировано по одному сопутствующему заболеванию. У большей части пациентов отмечено два и более сопутствующих заболеваний, из них у 27,9 % больных – 2 заболевания, у 17,2 % – 3 заболевания, у 8,3 % – 4 заболевания и у 5,5 % – 5 и более заболеваний (рисунок 2).

У пациентов с ОКСспST зарегистрировано 894 сопутствующих заболевания, в среднем на одного пациента пришлось 1,9 заболевания; у пациентов с ОКСбпST – 385 заболеваний, в среднем на одного пациента 2,2 заболевания; у пациентов с нестабильной стенокардией – 1038 заболеваний, в среднем на одного пациента 2,0 заболевания.

Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями у всех больных были болезни системы кровообращения –

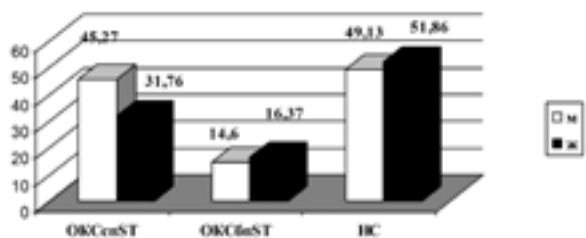


Рисунок 1. Распределение больных по клинической форме ОКС в зависимости от пола (n = 1143)

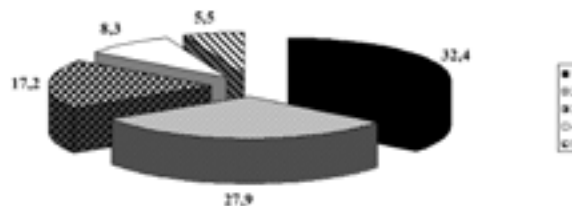


Рисунок 2. Частота выявления сопутствующих заболеваний у больных с ОКС (%)

у 41,4 % пациентов, на втором месте (17,3 %) – болезни эндокринной системы, на третьем месте (9,7 %) – болезни органов пищеварения.

Среди БСК (OKCcpST – 38,4 %, OKCbпST – 15,4 %, HC – 46,2 % случаев) ведущим заболеванием была артериальная гипертензия (АГ), которая достоверно чаще ($p = 0,000$) встречалась при всех клинических формах ОКС (97,3; 98,6; 98,9 %). Кроме АГ, во всех группах присутствовали следующие заболевания: варикозное расширение вен нижних конечностей (4,3; 5,4; 6,3 %), на втором месте – атеросклероз брахиоцефальных артерий (10,6; 13,5; 6,7 % соответственно).

Болезни эндокринной системы выявлялись у больных с OKCcpST в 37,0 % случаев, с OKCbпST – в 18,2 % случаев, у больных с HC – в 44,8 % случаев. Из заболеваний данной группы следует выделить такие патологии, как СД 2-го типа (55,2 %) и ожирение (54,9 %). Также имели место заболевания щитовидной железы, такие как гипотиреоз, узловой зоб, диффузный нетоксический зоб, которые встречались в 6,7; 4,5; 0,9 % случаев.

Среди болезней органов пищеварения (OKCcpST – 37,6 %, OKCbпST – 11,5 %, HC – 50,9 % случаев) следует выделить такие, как гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, холецистит, панкреатит, желчно-каменная болезнь, гепатит С. Достоверно чаще встречались: гастрит ($p = 0,000$) в группе с HC, язвенная болезнь желудка ($p = 0,26$) – при OKCbпST, а в группе OKCcpST – хронический холецистит ($p = 0,001$).

Анализ сопутствующих заболеваний у мужчин и женщин показал, что с учетом клинической формы острого коронарного синдрома частота встречаемости АГ у мужчин (73,4; 79,6; 84,8 %) была выше, чем у женщин (87,5; 90,9; 88,9 %). Среди заболеваний эндокринной системы ведущее место у пациентов обеих групп занимает СД 2-го типа с одинаковой частотой (16,4; 16,7; 12,5 %) у мужчин, (28,9; 37,8; 23,9 %) у женщин. Следующим по частоте эндокринных заболеваний стоит ожирение. У мужчин данное заболевание встречается в 1,5 раза чаще, чем у женщин. Заболевания щитовидной железы регистрировались у лиц женского пола в 2,4 раза чаще. На третьем месте по частоте встречаемости – болезни органов пищеварения как среди мужчин (20,0; 16,7; 22,2 %), так и женщин (14,0; 12,1; 1,9 %). Независимо от пола болезни желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются достоверно чаще в сравнении с патологией гепатобилиарной системы.

По результатам исследования наиболее часто все

клинические формы ОКС сочетались с артериальной гипертензией – в 82,4 % всех случаев. У обследованных пациентов имелись различия по частоте встречаемости патологии в зависимости от пола и возраста. У женщин АГ при всех формах острого коронарного синдрома (OKCcpST, OKCbпST, HC) с возрастом диагностируется чаще: в возрастной группе до 34 лет артериальная гипертензия наблюдалась в 0,9; 0,0 и 0,5 % случаев соответственно; в возрасте 65–74 года – в 29,4; 33,3 и 35,5 % случаев. У женщин в возрасте старше 75 лет при OKCcpST и OKCbпST отмечается дальнейший рост частоты встречаемости данной патологии (44,7 и 48,3 % соответственно). При нестабильной стенокардии пик заболеваемости АГ у женщин приходится на возраст 55–64 года (29,9 %).

У мужчин прослеживается несколько другая тенденция. При всех клинических формах ОКС частота встречаемости АГ возрастает до 65 лет (с 1,6 до 31,7 %; с 0,0 до 40,7 %; с 0,4 до 36,5 %). Начиная с возрастной группы 65–74 года независимо от клинической формы ОКС наблюдается снижение распространенности АГ у мужчин – 16,7; 9,3; 10,7 % в возрасте старше 75 лет.

Результаты исследования показали, что сахарный диабет 2-го типа чаще встречается у больных с OKCbпST (24,7 %) по сравнению с OKCcpST (19,9 %) и HC (17,2 %). При всех клинических формах ОКС данная патология чаще встречается у женщин (27,8 %) по сравнению с мужчинами (14,9 %). Независимо от клинической формы ОКС наиболее часто встречаемая возрастная группа – 65–74 года (30,2 %). У больных с ОКС в возрасте до 44 лет сахарный диабет 2-го типа не регистрируется.

В группе с OKCcpST сахарный диабет 2-го типа встречается чаще у мужчин (59,8 %). С учетом возраста и пола среди больных OKCcpST сахарный диабет 2-го типа чаще встречается в возрасте 65–74 года у мужчин (32,7 %), старше 75 лет – у женщин (48,6 %).

Данная патология в группе OKCbпST чаще регистрируется у женщин (58,1 %) в сравнении с мужчинами (41,9 %). Заболеваемость сахарным диабетом 2-го типа в возрастной группе 65–74 года значительно выше в сравнении с остальными (30,2 %). С учетом пола и возраста женщины с OKCbпST чаще болеют в возрасте старше 75 лет (48,0 %), пик заболеваемости у мужчин приходится на возраст 55–64 и 65–74 года (44,4 %).

В группе больных с HC сахарный диабет 2-го типа также чаще встречается у женщин (57,5 %). Как у мужчин, так и у женщин заболеваемость СД 2-го типа выше в возрастной группе 55–64 года (32,4 и 32,0 %).

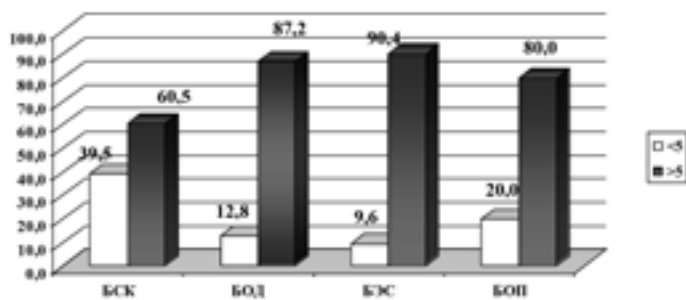


Рисунок 3. Распределение больных ИМ (ОКСспST и ОКСбпST) по индексу коморбидности Чарлсона (n = 637)

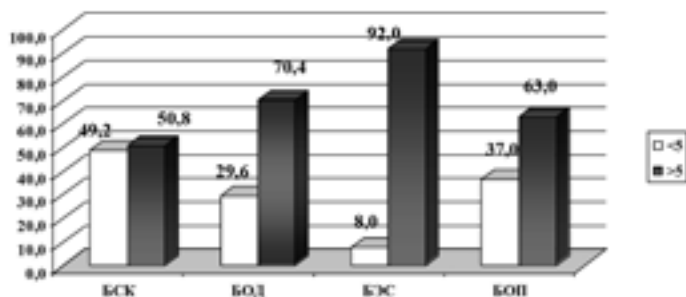


Рисунок 4. Распределение больных НС по индексу коморбидности Чарлсона (n = 506)

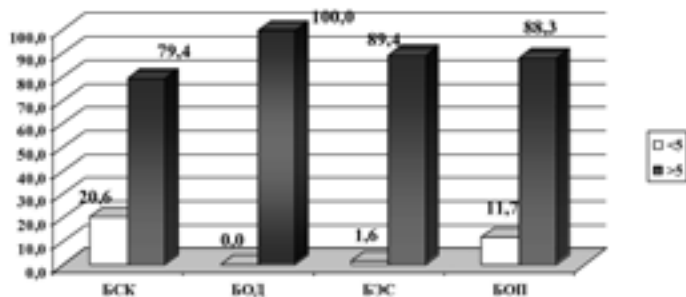


Рисунок 5. Распределение больных ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) по индексу коморбидности Чарлсона в зависимости от пола (женщины, n = 194)

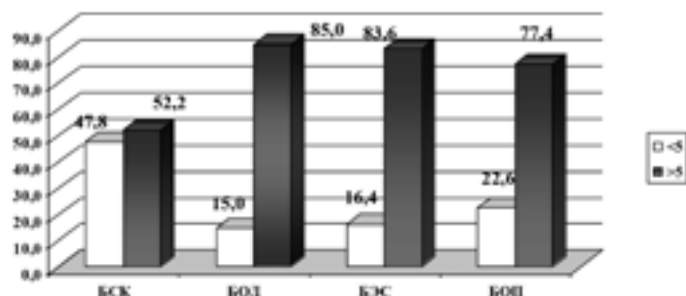


Рисунок 6. Распределение больных ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) по индексу коморбидности Чарлсона в зависимости от пола (мужчины, n = 443)

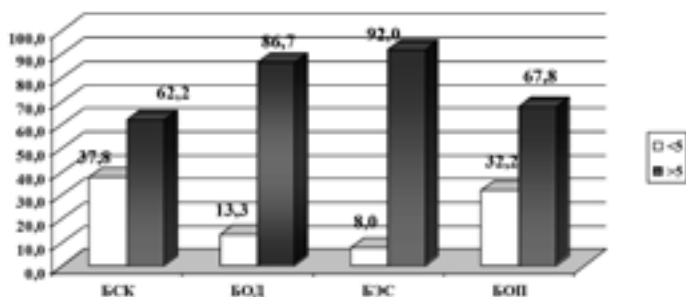


Рисунок 7. Распределение больных НС по индексу коморбидности Чарлсона в зависимости от пола (женщины, n = 209)

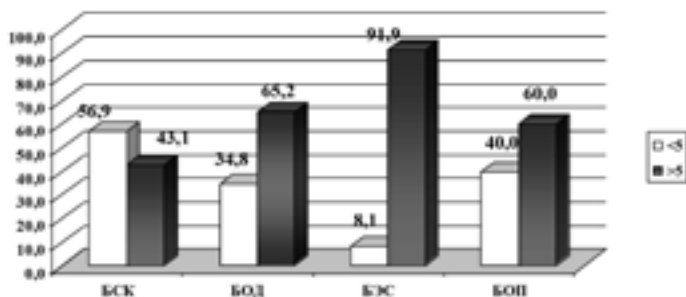


Рисунок 8. Распределение больных НС по индексу коморбидности Чарлсона в зависимости от пола (мужчины, n = 297)

Таблица 1. Гендерно-возрастное распределение больных ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) по индексу коморбидности Чарлсона, среднее значение (баллы)

Возраст	БСК (5,0)		БОД (5,5)		БЭС (6,2)		БОП (5,4)	
	М (4,6)	Ж (5,7)	М (5,3)	Ж (6,0)	М (5,9)	Ж (6,5)	М (5,1)	Ж (6,3)
18–34	3,2	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	3,0
35–44	2,8	3,0	3,0	0,0	0,0	0,0	3,0	4,0
45–54	3,6	3,8	3,8	0,0	4,4	4,6	4,3	4,0
55–64	4,6	4,9	5,0	4,6	5,4	5,8	4,9	5,0
65–74	5,6	5,6	5,4	5,9	6,3	6,7	6,3	6,5
Старше 75	6,3	6,5	7,0	6,3	7,6	6,9	6,7	7,4

Таблица 2. Гендерно-возрастное распределение больных НС по индексу коморбидности Чарлсона, среднее значение (баллы)

Возраст	БСК (4,4)		БОД (5,4)		БЭС (5,8)		БОП (4,9)	
	М (4,1)	Ж (4,8)	М (4,9)	Ж (6,3)	М (5,7)	Ж (5,9)	М (4,6)	Ж (5,3)
18–34	1,7	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
35–44	1,8	1,5	1,5	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0
45–54	3,2	3,2	3,2	4,0	4,7	4,7	4,1	3,8
55–64	4,3	4,5	4,7	6,0	5,6	5,9	4,4	5,4
65–74	5,3	4,9	5,7	6,2	6,1	5,6	6,1	5,2
Старше 75	6,6	6,4	7,4	7,5	7,0	7,0	7,4	6,5

Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки чаще регистрируются у лиц группы с ОКСспST (41,4 %) по сравнению с группой пациентов с НС (39,2 %) и ОКСбпST (19,4 %). Частота заболеваемости органов пищеварения у мужчин (49,5 %) приблизительно в равной степени сопоставима с частотой встречаемости у женщин (50,5 %). Независимо от пола и клинической формы ОКС данная патология чаще встречается в возрасте 65–74 года (31,6 %).

У мужчин с ОКСспST патология органов пищеварения встречается в 3,6 раза чаще, чем у женщин. Мужчины чаще болеют в возрасте 45–54 года (30,5 %), женщины – 65–74 года (50,0 %).

В группе ОКСбпST также чаще болеют мужчины (70,0 %) в сравнении с женщинами (30,0 %). Как женщины, так и мужчины возрастной группы 65–74 года наиболее уязвимы для данной патологии (33,3 и 35,7 %).

Среди лиц с НС заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки чаще встречались у мужчин (61,6 %), тогда как у женщин она составила 38,4 %, преимущественно в возрасте 55–64 года (53,6 %).

Объективным критерием расчета сопутствующей патологии является индекс коморбидности Чарлсона, представляющий собой оценку возраста и наличия определенных сопутствующих заболеваний [6].

По результатам нашего исследования индекс коморбидности больше 5 баллов наблюдался у всех больных независимо от клинической формы ОКС.

Наиболее частой сопутствующей патологией среди больных с индексом коморбидности выше 5 баллов являются заболевания эндокринной системы: 92,0 % у больных с НС и 90,4 % у больных с инфарктом миокарда

(ИМ) – и болезни органов дыхания (70,4 % у больных с НС, 89,1 % – с ИМ), что говорит о высоком ожидаемом риске смертности у больных с данными заболеваниями (рисунки 3, 4).

С учетом клинической формы ОКС среди больных с ОКСспST и ОКСбпST индекс коморбидности Чарлсона выше 5 баллов наблюдается как у мужчин, так и у женщин. Отмечается, что индекс выше 5 баллов встречается чаще у женщин (79,4; 100; 98,4; 88,3 %) в сравнении с мужчинами (52,2; 85,0; 83,6; 77,4 %) независимо от формы ХНИЗ (рисунки 5, 6).

Среди больных с нестабильной стенокардией индекс коморбидности Чарлсона выше 5 баллов чаще наблюдается у женщин. Как и в группе с ИМ, у женщин чаще встречается индекс выше 5 баллов при всех хронических неинфекционных заболеваниях (62,2; 86,7; 92,0; 67,8 %) Отмечается примерно равное соотношение индекса коморбидности Чарлсона выше 5 баллов у мужчин и женщин в группе БЭС (91,9 и 92,0 %) (рисунки 7, 8).

Согласно результатам нашего исследования, в группе ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) наибольший индекс коморбидности Чарлсона наблюдается у больных с заболеваниями эндокринной системы (6,2 балла). При всех хронических неинфекционных заболеваниях индекс коморбидности с возрастом увеличивается. Индекс Чарлсона выше у женщин независимо от формы ХНИЗ (5,7; 6,0; 6,5; 6,3 балла).

В группе БСК среднее значение индекса коморбидности Чарлсона у женщин выше в сравнении с мужчинами (5,7 и 4,6 балла соответственно).

В группе больных с ИМ (ОКСспST и ОКСбпST) и заболеваниями органов дыхания среднее значение индекса

са Чарлсона также выше у женщин независимо от возраста.

У больных с заболеваниями эндокринной системы наблюдается та же тенденция, за исключением возрастной группы 65–74 года: у мужчин среднее значение индекса коморбидности составляет 6,1 балла, у женщин – 5,6 балла.

В группе больных с заболеваниями органов пищеварения среднее значение индекса коморбидности Чарлсона выше у мужчин в возрасте старше 65 лет.

С учетом пола и возраста наибольшее значение индекса Чарлсона у женщин наблюдается в возрасте старше 75 лет при заболеваниях органов пищеварения (7,4 балла), у мужчин – при заболеваниях эндокринной системы в возрасте старше 75 лет (7,6 балла) (таблица 1).

В группе больных с нестабильной стенокардией среднее значение индекса коморбидности Чарлсона выше у женщин независимо от формы ХНИЗ (4,8; 6,3; 5,9; 5,3 балла).

Среди больных в группе БСК среднее значение индекса Чарлсона выше у мужчин в сравнении с женщинами в возрасте старше 65 лет.

При заболеваниях органов пищеварения средний индекс коморбидности выше у женщин независимо от возраста.

В группе больных с заболеваниями эндокринной системы индекс Чарлсона выше у женщин в сравнении с мужчинами, за исключением возрастной группы 65–74 года: у мужчин индекс Чарлсона составляет 6,1 балла, у женщин – 5,6 балла.

В группе с заболеваниями органов пищеварения индекс коморбидности Чарлсона выше у мужчин по сравнению с женщинами в возрасте старше 65 лет.

В группе больных с нестабильной стенокардией наибольшее значение индекса коморбидности Чарлсона наблюдается у женщин при заболеваниях органов дыхания в возрасте старше 75 лет (7,5 балла), у мужчин – при заболеваниях органов пищеварения в возрасте старше 75 лет (7,4 балла).

С учетом клинической формы ОКС и хронических неинфекционных заболеваний среднее значение индекса коморбидности Чарлсона выше у больных с ИМ (ОКСспСТ и ОКСбпСТ) в сравнении с НС (таблица 2).

В ходе исследования была произведена оценка двухлетней выживаемости больных острым коронарным синдромом во взаимосвязи с индексом коморбидности Чарлсона при различных формах ХНИЗ.

Оценка выживаемости больных с ОКС при наличии сопутствующей патологии системы кровообращения в отдаленном периоде показала, что при сумме баллов индекса Чарлсона выше 5 выживаемость больных значительно ниже (87,6 %) в сравнении с группой больных с индексом коморбидности меньше 5 (96,8 %) ($p = 0,000$) (рисунок 9).

Двухлетняя выживаемость больных ОКС при сопутствующих заболеваниях эндокринной системы также показала, что при показателе индекса Чарлсона выше 5 выживаемость значительно ниже (89,0 %) ($p = 0,014$) (рисунок 10).

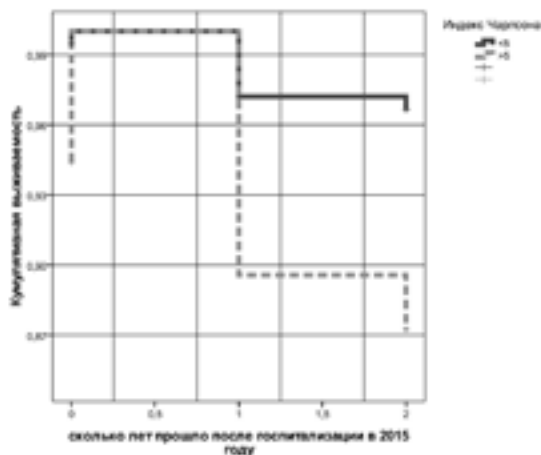


Рисунок 9. Кумулятивная выживаемость больных ОКС с учетом сопутствующей патологии (БСК) во взаимосвязи с индексом Чарлсона

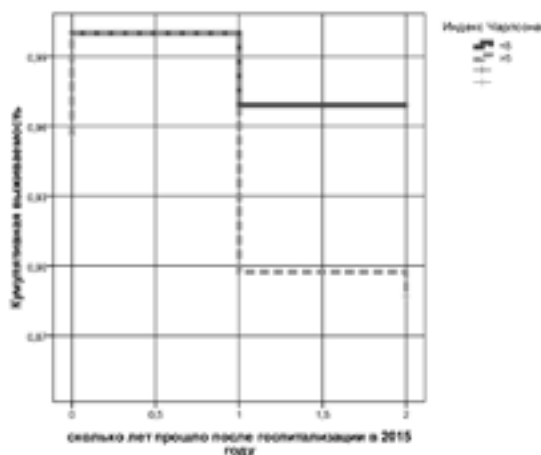


Рисунок 10. Кумулятивная выживаемость больных ОКС с учетом сопутствующей патологии (БЭС) во взаимосвязи с индексом Чарлсона

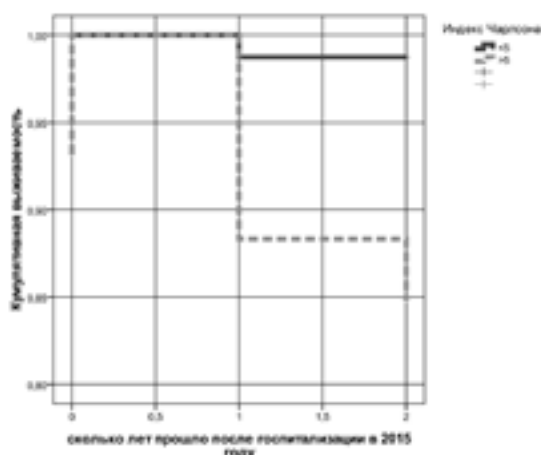


Рисунок 11. Кумулятивная выживаемость больных ОКС с учетом сопутствующей патологии (БОП) во взаимосвязи с индексом Чарлсона

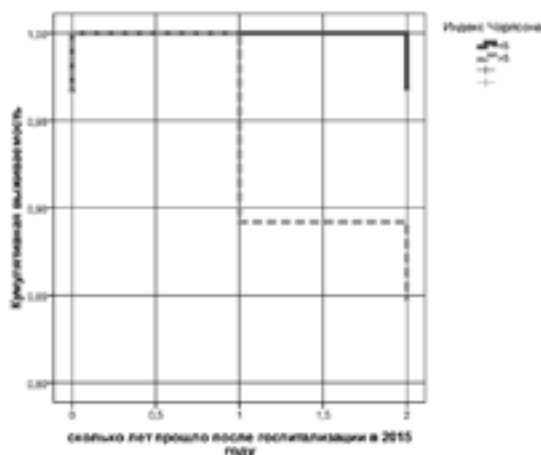


Рисунок 12. Кумулятивная выживаемость больных ОКС с учетом сопутствующей патологии (БОД) во взаимосвязи с индексом Чарлсона

Оценка выживаемости больных ОКС с БОП показала, что в группе больных с индексом Чарлсона больше 5 выживаемость составила 96,8 %, тогда как в группе больных с индексом коморбидности меньше 5 значение показателя – 87,6 % ($p = 0,000$) (рисунок 11).

Оценка выживаемости больных ОКС при сопутствующей патологии органов пищеварения представлена на рисунке 12. Исследования показали, что в группе больных с индексом Чарлсона выше 5 выживаемость значительно ниже (87,6 %) в сравнении с другой группой (96,8 %) ($p = 0,224$).

По результатам нашего исследования гендерные отличия выявлены между клиническими формами ОКС. У женщин острый коронарный синдром манифестирует в форме нестабильной стенокардии (47,17 %), тогда как у мужчин – в виде острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (45,27 %). Достоверных различий в частоте встречаемости ОКС без подъема ST не выявлено. Полученные результаты совпадают с данными литературы: у мужчин ОКС манифестирует в виде ОКСспST, у женщин – в форме нестабильной стенокардии и ОКСбпST [7].

Согласно результатам других исследований, средний возраст женщин с острым коронарным синдромом в среднем на 12 лет выше мужчин [8], что сопоставимо с полученными нами данными: средний возраст всех пациентов составил ($62,5 \pm 9,8$) года, мужчин – ($59,4 \pm 9,0$) года, женщин – ($68,3 \pm 9,1$) года.

У мужчин и женщин с ИМ (ОКСспST и ОКСбпST) отмечаются различия в клинической картине заболевания. Эти особенности связаны не только с различными исходными характеристиками, но и с гендерными особенностями патофизиологии и патоморфологии ишемической болезни сердца (ИБС): женщины в молодом и среднем возрасте заболевают примерно в 2,5–5 раз реже мужчин, что связано со снижением защитной роли эстрогенов и развитием у них атеросклероза после наступления менопаузы [9]. Течение ИБС у женщин имеет свои особенности, требующие проведения адекватных мер по первичной и вторичной профилактике сердечно-

сосудистой патологии. Клинические проявления и осложнения ИБС у женщин нередко протекают нетипично, поэтому возникают трудности в диагностике и раннем ее выявлении. У больных пожилого и старческого возраста ОКС часто протекает атипично, с большим количеством осложнений, чем у лиц более молодого возраста, на фоне большего числа сопутствующих заболеваний, что ведет к более тяжелому течению ИМ и увеличению летальности [10].

А. Маас и соавторы подчеркивают необходимость изучения гендерных различий сердечно-сосудистых заболеваний, обращая особое внимание на здоровье женщин [11].

По результатам проведенного нами исследования в среднем на одного больного с острым коронарным синдромом пришлось два заболевания. Наличие сопутствующей патологии увеличивает использование медицинских услуг, усугубляет течение основного заболевания и ухудшает состояние здоровья [12]. Полиморбидность (сосуществование двух и более хронических заболеваний) существенно повышается с возрастом [13], однако влияние пола на распространенность полиморбидности значительно менее изучено [14].

Согласно результатам исследования, первое место среди сопутствующей патологии занимают болезни системы кровообращения. Ведущей из них является артериальная гипертензия, которая чаще встречалась у мужчин в возрасте 65 лет при всех клинических формах ОКС. Артериальная гипертензия лежит в основе развития половины случаев ишемической болезни сердца [15]. Полученные результаты сопоставимы с эпидемиологическими данными проекта ЭССЕ-РФ [15].

Согласно полученным результатам, среди заболеваний эндокринной системы, которые занимают второе место среди сопутствующих заболеваний при всех клинических формах ОКС, наиболее часто встречается сахарный диабет 2-го типа в группе больных ОКСбпST, преимущественно у женщин. В проведенных ранее исследованиях показана неблагоприятная прогностическая роль у больных ОКСбпST факторов дисфункции эндотелия, что снижает резерв вазодилатации [16]. Будучи распространенным «социальным» заболеванием, СД рассматривается и как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, так и значительно отягощающий их течение [17]. По данным литературы, чаще сахарный диабет встречается у лиц женского пола, его прогностическая значимость ассоциировалась с высоким риском смертности [18].

В последние десятилетия во многих странах наблюдается рост так называемых «болезней накопления», к которым относится язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки в сочетании с ишемической болезнью сердца. Течение язвенной болезни при наличии сопутствующего диагноза ИБС усугубляется и приводит к запоздалой диагностике. По результатам исследований, язвенная болезнь желудка при сочетании с ИБС чаще встречается у женщин и развивается преимущественно в возрасте от 45 до 59 лет [19]. Согласно полученным нами данным,

частота заболеваемости органов пищеварения у мужчин (49,5 %) приблизительно в равной степени сопоставима с частотой встречаемости у женщин (50,5 %). Независимо от пола и клинической формы ОКС данная патология чаще встречается в возрасте 65–74 года (31,6 %).

По результатам исследования, при оценке сопутствующей патологии индекс коморбидности больше 5 баллов наблюдался у всех больных независимо от клинической формы ОКС. Наиболее частой сопутствующей патологией среди больных с индексом коморбидности выше 5 баллов являются болезни эндокринной системы (92,0 % у больных с НС и 90,4 % у больных с ИМ) и болезни органов дыхания (70,4 % у больных с НС, 89,1 % – с ИМ).

Независимо от клинической формы ОКС и хронического неинфекционного заболевания (БСК, БОД, БЭС, БОП) индекс коморбидности больше 5 баллов чаще наблюдается у лиц женского пола. Согласно данным литературы, наиболее частыми коморбидными патологиями при ИБС являются АГ, ожирение и сахарный диабет 2-го типа, а индекс коморбидности Чарлсона с учетом возраста пациентов в среднем составил ($5,7 \pm 0,75$) баллов. Оценка индекса с учетом сопутствующей патологии не проводилась [20].

С учетом клинической формы ОКС и хронических неинфекционных заболеваний среднее значение индекса коморбидности Чарлсона выше у больных с ИМ (ОКСспСТ и ОКСбпСТ) в сравнении с НС.

С возрастом индекс коморбидности увеличивается независимо от пола, клинической формы ОКС и сопутствующей патологии.

Среди больных с ИМ (ОКСспСТ и ОКСбпСТ) с учетом пола и возраста наибольшее значение индекса Чарлсона у женщин наблюдается в возрасте старше 75 лет при заболеваниях органов пищеварения (7,4 балла), у мужчин – при заболеваниях эндокринной системы в возрасте старше 75 лет.

В группе больных с нестабильной стенокардией наибольшее значение индекса коморбидности Чарлсона наблюдается у женщин при заболеваниях органов дыхания в возрасте старше 75 лет (7,5 балла), у мужчин – при

заболеваниях органов пищеварения в возрасте старше 75 лет (7,4 балла).

Произведена оценка двухлетней выживаемости больных с острым коронарным синдромом с учетом индекса коморбидности Чарлсона. Во всех группах хронических неинфекционных заболеваний выживаемость больных ОКС с индексом коморбидности Чарлсона меньше 5 баллов значительно выше в сравнении с другой группой. Наименьшая выживаемость больных ОКС с индексом коморбидности Чарлсона меньше 5 баллов наблюдается при болезнях органов пищеварения.

Заключение

У мужчин чаще диагностировался ОКСспСТ – 45,27 %, тогда как у женщин преобладала нестабильная стенокардия – 47,17 %. Достоверных различий в частоте встречаемости ОКС без подъема ST не выявлено. Острый коронарный синдром у мужчин чаще развивался в возрасте 55–64 лет, у женщин – старше 75 лет.

При оценке сопутствующей патологии чаще наблюдались артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, болезни органов желудка и двенадцатиперстной кишки.

Индекс коморбидности больше 5 баллов чаще наблюдается у лиц женского пола независимо от клинической формы ОКС и хронического неинфекционного заболевания. В группе ИМ (ОКСспСТ, ОКСбпСТ) и НС наибольший индекс коморбидности Чарлсона (больше 5 баллов) наблюдался у больных с заболеваниями эндокринной системы и болезнями органов дыхания независимо от пола и возраста.

Двухлетняя выживаемость больных острым коронарным синдромом с заболеваниями органов пищеварения ниже, чем при сочетании с другими хроническими неинфекционными заболеваниями. ■

Эфрос Л. А., Наумова О. А., Жданова Е. А., Андриенко С. В., ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница». Автор, ответственный за переписку — Эфрос Лидия Александровна, 454090, г. Челябинск, ул. Елькина 43-34, e-mail – LLA1905@mail.ru

Литература:

1. Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности. *Клиническая медицина*. 2009; 12; 69-71
2. Циммерман Я.С., Димов А.С. Болезнь как явление природы человека: к пониманию и развитию философского наследия В.Х. Василенко. Часть 1. *Клиническая медицина*. 2014; 3; 10-19
3. Наумова Л.А., Осипова О.Н. Коморбидность: механизмы патогенеза, клиническое значение. *Современные проблемы науки и образования*. 2016; 5; 105
4. Коморбидная патология в клинической практике. *Клинические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017; 16 (6); 5-56
5. Charlson ME, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*. 1987; 40 (5); 373-383
6. Cortisol Secretion in Patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007; 30; 83-88
7. Кесов П.Г., Шалаев С.В. Факторы риска, клинические проявления и особенности терапии острого коронарного синдрома с позиций гендерных аспектов. *Медицинская наука и образование Урала*. 2015; 2 (1); 164-168
8. Донирова О.С., Донирова Б.А. Гендерные различия в течении острого коронарного синдрома. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2015; 2; 9-11

9. Murphy B, Worcester M, Higgins R, Le Grande M, Larritt P, Goble A. Causal attributions for coronary heart disease among female cardiac patients. *Journal Cardiopulm Rehabil.* 2005; 25 (3); 135-143
10. Елисеева М.А., Курочкина О.Н. Клинико-анамнестические и лабораторно-инструментальные особенности течения инфаркта миокарда среди мужчин и женщин различных возрастных групп. *Фарматека.* 2015; 9; 45-50
11. Maas A, Schouw Y, Regitz-Zagrosek V, Swahn E, Appelman Y, Pasterkamp G, Cate H, Nilsson P. Gender differences in management and outcome in non-ST-elevation acute coronary syndrome. *Eurheart Journal.* 2001; 93; 1357-1362
12. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 2004; 2; 51
13. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. Иркутск; 2011
14. Николаев Ю.А., Севостьянова Е.В., Митрофанов И.М., Поляков В.Я., Долгова Н.А. Особенности полиморбидности у пациентов терапевтической клиники кардиологического и гастроэнтерологического профиля. *Терапевтический архив.* 2016; 1; 40-45
15. Научно-организационный комитет проекта ЭССЕ-РФ. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России. Обоснование и дизайн исследования. *Проф мед.* 2013; 6; 25-34
16. Бернс С.А., Шмидт Е.А., Юхно Е.С., Нагирняк О.А., Хомякова Т.А., Барабараиш О.Л. Влияние дисфункции эндотелия на прогноз у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST. *Кардиология.* 2015; 55 (4); 14-18
17. Мамедов М.Н. Сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания. М.: Медиа-пресс; 2012; 173
18. Imamura F, Mukamai KJ, Meigs JB, et al. Risk factors for type 2 diabetes mellitus preceded by β -cell dysfunction, insulin resistance, or both in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Am Journal Epidemiol.* 2013; 177 (12); 1418-1429
19. Степанищева Л.А., Сарсенбаева А.С., Фаттахова Н.В. Влияние коморбидных заболеваний и факторов риска на развитие сочетанной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2013; 8; 34-30
20. Цирятьева С.Б., Пыленко С.А., Арутюнян Л.А., Приходько В.В. Индекс коморбидности Чарлсона и метаболическая дисфункция у больных с ишемической болезнью сердца. *Медицинская наука и образование Урала.* 2017; 4; 162-165