

Анализ факторов влияния на продолжительность жизни больных муковисцидозом

д.м.н. Ульянова Л.В., д.м.н. Леднева В.С., к.м.н. Талыкова М.И.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение

Во многих странах существуют национальные регистры больных МВ, что позволяет выявить динамику выживаемости и факторы на нее влияющие [1]. В настоящее время дети с муковисцидозом имеют реальный шанс достичь взрослого возраста, успешно учиться и работать [2]. В связи с этим оценка параметра выживаемости детей, больных муковисцидозом, является актуальной задачей. Анализ показателей выживаемости позволит эффективно контролировать и оптимизировать медико-социальную помощь больным в регионе. Реестр больных муковисцидозом, сведения о летальности позволили изучить динамику продолжительности жизни детей, больных муковисцидозом, в Воронежском регионе. Были проанализированы антропометрические показатели, возрастно-половые сведения, причины летальности 69 умерших пациентов, сведениями о которых располагали с 1975 года по 2019 год. Анализ выживаемости был проведен у 3 групп умерших больных. Первая группа – 54 пациента, умерли в период 1975 – 1995 гг., из них на диспансерном учете в пульмонологическом центре состояли 38 пациентов. Вторая группа – 9 больных (из 73, числившихся под наблюдением), умерли в период 1996 – 2001 гг. Третья группа – 6 больных (из 87 больных реестра), умерли с 2002 по 2019 год.

Результаты оценки значимости факторов влияния на продолжительность жизни больных муковисцидозом в Воронежском регионе

Анализ выживаемости показал, что средняя продолжительность жизни умерших больных достоверно отличалась и увеличилась в 3 группе по сравнению с 1 группой в среднем на $15 \pm 0,5$ лет. Если этот параметр до 1996 года был равен 1,18 года, то в период 1996-2001 гг. он увеличился до 4,03 года, а к 2019 году средняя продолжительность жизни составила 16,24 года.

• При этом средний возраст живых детей по группам также достоверно возрастал и составлял: в 1 группе $3,5 \pm 1,4$ года, во 2 группе – $7,3 \pm 2,1$ года, в 3 группе – $15,4 \pm 3,1$ года (табл.1).

Таблица 1

Средняя продолжительность жизни умерших и средний возраст живых больных

Группы наблюдения	1гр., до 1996 г.	2гр., 1996-2001гг.	3гр., 2002–2019 гг.	Достоверность отличий, р
Средняя продолжительность жизни (умерших), лет	1,18*	4,03*	16,24*	$p < 0,05^*$
Средний возраст (живых), лет	$3,5 \pm 1,4^{**}$	$7,3 \pm 2,1^{**}$	$15,4 \pm 3,1^{**}$	$p < 0,05^{**}$

Различия по полу среди умерших выявлены следующие: если в 1 группе, самой многочисленной, было лишь незначительное преобладание девочек, то во 2 период наблюдения девочек умерло в 2 раза больше, чем мальчиков, в 3 период преобладали мальчики. В целом эти сведения косвенно подтверждали тезис о том, что продолжительность жизни лиц мужского пола с МВ достоверно выше этого показателя у пациентов женского пола (табл.2).

Таблица 2

Распределение умерших больных по полу

Период наблюдения	До 1996г.		1996 – 2001гг.		2002 – 2019гг.	
	м	ж	м	ж	м	ж
Пол						
Абс. число (%)	25 (46,3%)	29 (53,7%)	2 (22,2%)	7 (77,8%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)

Выявлена корреляция между антропометрическими показателями больных и выживаемостью. Для всех периодов наблюдения коэффициент корреляции между продолжительностью жизни и параметрами МРИ (массо-ростового индекса) $r = 0,6191$, взаимосвязь достоверна ($p < 0,05$), то есть, чем меньше параметр МРИ, тем меньше выживаемость. При подсчете МРИ между группами умерших больных не выявлено достоверных отличий. Индекс МРИ был в интервале 67,1-87,4%, то есть всем умершим больным требовалось дополнительное или зондовое питание (табл.3).

Таблица 3

Параметры массо-ростового индекса умерших больных по группам наблюдения

Период наблюдения	До 1996г.	1996 – 2001гг.	2002 – 2019гг.	Достоверность различий, р
МРИ, %	68,1-86,1	67,1-85,2	68,5-87,4	$p > 0,05$

Анализ сведений о причинах смерти больных установил, что самой частой причиной летальности являлась тяжелая форма пневмонии, на 2-м месте – деструктивная пневмония. Более редкие причины летальных исходов – декомпенсированный кардио-респираторный синдром и меконияльный илеус (табл. 4).

Таблица 4

Причины летальных исходов при МВ у детей

Причины летальности	Число больных, n	%
Двусторонняя пневмония	24	34,7
Деструктивная пневмония	20	28,9
Кардио-респираторный синдром	12	17,4
Сепсис	3	4,4
Сепсис	3	4,4
Сепсис	3	4,4
Всего	69	100,0

Заключение

Анализ динамики продолжительности жизни больных трех периодов наблюдения показал, что у пациентов. Наблюдавшихся последние 17 лет существенно возросла выживаемость: до 14 лет доживали 87% больных. Самой частой причиной летальности является декомпенсированная форма бронхолегочных изменений при МВ, следовательно, все усилия врачей должны быть направлены на максимально возможную профилактику тяжелого процесса в дыхательной системе. Фактором риска, обуславливающим более раннюю смерть больных МВ, являлся пол пациентов (женский).

Литература

1. Консенсус «Муковисцидоз: определение, диагностические критерии, терапия». /И. А. Шагинян, М. Ю. Чернуха, Н. И. Капранов // Педиатр. - 2016. -т. 7, № 1. - С. 80-96.
2. Характеристика больных муковисцидозом Центрального федерального округа Российской Федерации /Е.И. Кондратьева, В.С. Леднева, Л.В. Ульянова, Т.А. Филимонова, Р.А. Зинченко, С.И. Куцев // Медицинская генетика. - 2020.-№1- с.24-37.

Клинические особенности больных хронической обструктивной болезнью легких и анемией

к.м.н. Талыкова М.И. д.м.н. Ульянова Л.В., к.м.н. Крючкова А.В.,
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире [1,2]. Одним из важнейших системных проявлений ХОБЛ является развитие анемического синдрома. Анемия формирует комплекс патогенетических и клинических синдромов, ухудшающих прогноз и течение основного заболевания. Сведения, касающиеся особенностей клинической характеристики анемии у больных ХОБЛ немногочисленны, гендерные аспекты исследованы недостаточно.

Работа основана на результатах обследования 74 пациентов с ХОБЛ II и III стадии, бронхитического и эмфизематозного фенотипов с анемией (средний возраст 67,1±10,9 лет), из них 44 женщины (59,5%) и 30 мужчин (40,5%). Для исследования гендерных особенностей больных ХОБЛ и анемией проведено сравнение с результатами наблюдения 55 пациентов контрольной группы (29 мужчин и 26 женщин) с диагнозом ХОБЛ II и III стадии без анемического синдрома.

Результаты изучения клинических особенностей анемического синдрома у больных ХОБЛ с учетом гендерных различий

Клинико-лабораторная, функциональная характеристика основной и контрольной групп больных представлена в таблице 1, очевидны достоверные отличия по параметрам анемического синдрома, физического и функционального статуса пациентов.

Таблица 1

Клинико-демографические характеристики пациентов групп сравнения

Показатели больных с ХОБЛ II и III стадии	Значения исследованных параметров пациентов групп сравнения	
	Основная группа (n – 74)	Контрольная группа (n – 55)
Пол, м/ж (%)	40,5/59,5	52,7/47,3
Возраст, лет	68,1 ± 10,6	69,1 ± 8,9
Hb, г/л	93,2±9,1 *	133,1±10,1
Ht, %	32,1±2,1 *	42,1±3,7
RBCx10 ¹² /л	2,8±0,2 *	3,9±0,3
ИМТ кг/м ²	21,5±2,2 *	25,5±2,1
ОФВ1%Д	49±11 *	57±12

Примечание. Здесь и в последующих таблицах * – p<0,05 – различия достоверны.

При этом среди женщин с диагнозом ХОБЛ II и III стадии анемия верифицирована у 44 больных (33,7%), то есть у каждой третьей пациентки, анемия у мужчин встречалась достоверно реже - у 30 больных (20,7%) (p<0,05). Средний возраст женщин, больных ХОБЛ и анемией, был меньше по сравнению с пациентками контрольной группы: 59,1 ± 7,8 лет и 65,7±6,7лет. Средний возраст мужчин групп сравнения достоверно не отличался: 71,3±8,5лет по сравнению с 73,3±7,7 лет. В основной группе ХОБЛ тяжелой стадии чаще встречалась у женщин (59,3%), чем у мужчин (40,7%) (p<0,05), в контрольной группе тяжелых больных мужского пола было статистически больше, чем женщин (71,4% против 28,6%, p<0,05). Проведен анализ распространенности сопутствующих заболеваний у больных ХОБЛ с анемией. В целом по группе 65 (92%) больных имели сопутствующие заболевания. Половой диморфизм достоверно подтвержден: число коморбидных состояний у женщин было больше, чем у мужчин (p<0,01). Мужчины чаще болеют ишемической болезнью сердца, атеросклерозом, аритмиями, женщины чаще страдают от сопутствующей артериальной гипертензии, депрессии, бронхиальной астмы, заболеваний щитовидной железы (p<0,01), (табл.2).

Таблица 2

Распространенность коморбидной патологии у больных с ХОБЛ и анемией в зависимости от пола

Сопутствующие заболевания (%)	Мужчины, n - 30	Женщины, n - 44
Артериальная гипертензия	32,14	47,32 *
Депрессия	9,31	26,42 *
Аритмия	27,34 *	18,11
Заболевания щитовидной железы	9,67	21,38 *
ИБС	21,54 *	8,92
Атеросклероз	10,56 *	5,77
Астма	3,64	13,31 *
ХСН	7,83	8,26
Цереброваскулярные нарушения	6,91	7,80
ГЭР	2,81	3,14

В целом, у пациентов с ХОБЛ и анемией, выраженность одышки была выше, чем в группе больных без анемии (6,9±0,7 и 4,8±0,9 баллов, p<0,05). При этом выявлен половой диморфизм: у женщин в среднем параметр одышки оценивался выше, чем у мужчин и составил 6,8 ± 0,7 баллов (у мужчин 4,9±0,5 баллов, p<0,05). Женщины имели более низкие параметры ИМТ, чем мужчины основной группы наблюдения: 21,43±2,8 против 24,68 ±1,7, p<0,01. Женщины имели более низкие значения всех параметров ФВД. По данным обследования среди пациентов ХОБЛ железодефицитная анемия (ЖДА) гипохромная, микроцитарная встречалась статистически достоверно чаще - 63 пациента (85,1%), и преимущественно у женщин (39 - 61,9%, мужчин 24- 38,1%), p <0,05.

Заключение

Среди больных с ХОБЛ, как у женщин, так и у мужчин, преобладают лица пожилого возраста. Но, при этом в возрастной группе от 40 до 60 лет больных ХОБЛ, анемия у женщин верифицирована чаще, чем у мужчин. Отличительной особенностью ХОБЛ с анемией у женщин является более ранний дебют анемического синдрома. Наличие анемии значительно ухудшает состояние пациентов, особенно больных женского пола.

Литература

- Будневский А.В., Провоторов В.М., Ульянова М.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и анемия: клинические проявления и тактика лечения /А.В. Будневский, В.М. Провоторов, М.И. Ульянова // Клиническая медицина-2016. -т.94, №9. -С.677-683.
- Больные хронической обструктивной болезнью легких: анализ реальной клинической практики / А. А. Визель [и др.] // Consilium medicum. - 2018. - № 3. - С. 35-39.