СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика стабильной ишемической болезни сердца: проблема интактных коронарных артерий / А. Н. Сумин, Е. В. Корок, В. Ю. Херасков [и др.]. // Кардиологический вестник. – 2018. – Т. 13. – С. 46–51.

2. Диагностика болезней внутренних органов : в 9 т. // Медицинская литература ; редкол. : А. Н. Окороков [и др.]. – М., 2007. – Т. 6. – 452 с.

3. Unstable Angina // MSD Manual Professional Edition. – URL: https://www.msdmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/coronary-artery-disease/unstable-angina (date of access: 02.03.2026).

УДК 616.12-008.46-036.12-036.82

М. С. Дроздова, А. Р. Дегтярева

Научный руководитель: ассистент кафедры П. Л. Жоголь

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к значительному снижению качества жизни (КЖ) пациентов. Согласно Постановлениям Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 декабря 2022 г. № 123 и от 21 июня 2022 г. № 55, оценка функционального статуса и КЖ является обязательным компонентом ведения пациентов с сердечно-сосудистой патологией. В связи с этим актуальным представляется изучение структуры нарушений КЖ и выявление факторов, ассоциированных с его снижением.

Цель

Оценить качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью с использованием универсального опросника EQ-5D (русская версия EuroQol-5D, EuroQoL Group, 1990) и выявить основные клинико-демографические факторы, ассоциированные со снижением его показателей.

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили данные 28 пациентов с верифицированным диагнозом ХСН на фоне ИБС и/или АГ, находившихся на стационарном лечении в Государственных учреждениях здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» и «Гомельская областная клиническая больница». Средний возраст составил 75,28 года (54–88), преобладали женщины – 20 (71,4%).

Проведен клинико-анамнестический анализ с оценкой стадии ХСН по Стражеско-Василенко, функционального класса по NYHA, а также наличия коморбидной патологии (ожирение, заболевания суставов, перенесенные инфаркт миокарда и ОНМК, анемия, сахарный диабет 2 типа). КЖ оценивали с помощью опросника EQ-5D по пяти доменам (подвижность, уход за собой, повседневная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия), по трехбалльной шкале: 1 – отсутствие проблем, 2 – умеренные нарушения, 3 – выраженные нарушения.

Статистический анализ выполнен в Statistica 10 с использованием точного теста Фишера и логистической регрессии. Различия считали значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью оценки структуры нарушений качества жизни у пациентов с ХСН проведен анализ распределения ответов по пяти доменам опросника EQ-5D (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение ответов по разделам опросника EQ-5D среди пациентов с ХСН (n=28)

Домен качества жизни	Отсутствие проблем	Некоторые трудности/ умеренно	Невозможность/крайне сильно
Подвижность	1 (3,6%)	25 (89,3%)	2 (7,1%)
Уход за собой	3 (10,7%)	21 (75,0%)	4 (14,3%)
Повседневная деятельность	2 (7,1%)	22 (78,6%)	4 (14,3%)
Боль/дискомфорт	1 (3,6%)	23 (82,1%)	4 (14,3%)
Тревога/депрессия	10 (35,7%)	11 (39,3%)	7 (25,0%)

Наибольшие нарушения зарегистрированы в доменах «боль/дискомфорт» и «тревога/депрессия»: умеренную или крайне сильную боль отметили 96,4% пациентов, из них 14,3% – как крайне сильную; признаки тревоги и/или депрессии выявлены у 64,3% пациентов, из них у 25,0% – крайне выраженная степень. Нарушения подвижности отмечены у 96,4% пациентов, ухода за собой – у 89,3%, привычной повседневной деятельности – у 92,9%. При этом у одного пациента зафиксированы выраженные нарушения по всем пяти доменам одновременно. Полное отсутствие ограничений по всем доменам не зафиксировано ни у одного пациента.

Для оценки взаимосвязи между качеством жизни и тяжестью ХСН проведено распределение пациентов по стадиям ХСН согласно классификации Стражеско-Василенко на основании выставленных клинических диагнозов. Среди обследованных пациентов у одного установлена стадия Н0, у 6 – стадия Н1, у 16 – стадия Н2А, у 5 – стадия Н2Б. Пациентов с терминальной стадией Н3 не выявлено.

Для оценки влияния тяжести ХСН на качество жизни проведен анализ частоты выраженных нарушений (3 балла) по доменам EQ-5D в зависимости от стадии заболевания (таблица 2).

Таблица 2 – Частота выраженных нарушений (3 балла) качества жизни по доменам EQ-5D в зависимости от стадии ХСН по Стражеско – Василенко

Стадия ХСН	Подвижность	Уход за собой	Повседневная деятельность	Боль/дискомфорт	Тревога/депрессия
Н0	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Н1	1 (16,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (16,7%)
Н2А	1 (6,3%)	2 (12,5%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)	4 (25,0%)
Н2Б	0 (0%)	1 (20,0%)	0 (0%)	1 (20,0%)	2 (40,0%)

Анализ полученных данных выявил, что по мере увеличения стадии ХСН прослеживается нарастание частоты выраженных нарушений, наиболее значимое у пациентов с Н2А и Н2Б. В группе Н2А наиболее высокие показатели зарегистрированы в доменах «тревога/депрессия» (25,0%) и «повседневная деятельность» (18,8%). В группе Н2Б наиболее выраженные нарушения отмечены в домене «тревога/депрессия» (40,0%).

Для оценки взаимосвязи между качеством жизни и другими клинико-демографическими характеристиками проведен сравнительный анализ частоты выраженных нарушений в зависимости от наличия отягощающих факторов (таблица 3).

Таблица 3 – Частота выраженных нарушений качества жизни в зависимости от клинико-демографических факторов

Фактор	n	Подвижность	Уход за собой	Повседневная деятельность	Боль/ дискомфорт	Тревога/ депрессия
III ФК по NYHA	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
Ожирение	15	1 (6,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	3 (20,0%)	5 (33,3%)
Заболевания суставов (гонартроз, остеоартроз, периартрит, вертеброгенная патология, ПДОА)	7	0 (0%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)
Перенесенный ОНМК (инсульт, инфаркт мозга)	7	1 (14,3%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	0 (0%)	4 (57,1%)
Анемия	4	1 (25,0%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)
Сахарный диабет 2 типа	8	1 (12,5%)	2 (25,0%)	2 (25,0%)	2 (25,0%)	4 (50,0%)
Перенесенный инфаркт миокарда	6	1 (16,7%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)
Женский пол	20	2 (10,0%)	4 (20,0%)	4 (20,0%)	3 (15,0%)	6 (30,0%)

Примечание: в скобках указан процент от n в каждой группе.

Наиболее высокий риск снижения качества жизни отмечается у пациентов с III функциональным классом ХСН (66,7% в доменах ухода за собой и повседневной деятельности), анемией (50,0% по ряду доменов), перенесенным ОНМК (57,1% в домене «тревога/депрессия»), сахарным диабетом 2 типа (50,0% в домене «тревога/депрессия»), заболеваниями суставов (28,6% по ряду доменов) и ожирением (33,3% в домене «тревога/депрессия»). При сочетании перенесенного ОНМК и сахарного диабета 2 типа частота выраженных нарушений тревоги/депрессии достигала 100,0%.

Выводы

Проведенное исследование показало значительное снижение качества жизни пациентов с ХСН по всем доменам опросника EQ-5D: наиболее выраженные нарушения зарегистрированы в сферах боли/дискомфорта (96,4%) и тревоги/депрессии (64,3%); нарушения подвижности, ухода за собой и повседневной деятельности отмечены у 96,4%, 89,3% и 92,9% пациентов соответственно.

Тяжесть сердечной недостаточности является важным фактором, определяющим степень снижения КЖ. В зависимости от стадии ХСН по Стражеско – Василенко наиболее высокие показатели частоты выраженных нарушений зарегистрированы у пациентов с Н2А и Н2Б, особенно в домене «тревога/депрессия» (25,0 и 40,0%). В зависимости от функционального класса ХСН наиболее высокий риск снижения качества жизни. Среди пациентов с III функциональным классом по NYHA частота выраженных нарушений ухода за собой и повседневной деятельности составила 66,7%.

Выявлены факторы, ассоциированные со снижением КЖ: анемия, перенесенный ОНМК, сахарный диабет 2 типа, ожирение и заболевания суставов. При сочетании ОНМК и сахарного диабета 2 типа частота выраженных нарушений тревоги/депрессии достигала 100,0%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 декабря 2022 г. № 123 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением» // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2023. – 8/38941.

2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июня 2022 г. № 55 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение болезней, осложненных сердечной недостаточностью» // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2022. – 8/38472.

3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2017 г. № 59 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний» (Клинический протокол диагно-

стики и лечения сердечной недостаточности) // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2017. – 8/32570.

4. Качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью, обусловленной ишемической болезнью сердца / М. С. Дешко, Н. В. Шпак, В. А. Снежицкий [и др.] // Кардиология в Беларуси. – 2017. – Т. 9, № 2. – С. 250–263.

5. Коваленко, В. Н. Проблема качества жизни при хронической сердечной недостаточности / В. Н. Коваленко, Л. Г. Воронков // Евразийский кардиологический журнал. – 2016. – № 1. – С. 50–55.

УДК 618.3-071/-076:616.379-008.64

Д. О. Дубровская, Ю. В. Колесникова

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Е. С. Махлина

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) относится к числу наиболее распространенных экстрагенитальных осложнений беременности и обусловлен нарушениями углеводного обмена, которые оказывают существенное влияние на течение беременности и ее исходы [1, 2].

ГСД характеризуется развитием инсулинорезистентности и гипергликемии, возникающих во время беременности под влиянием гормональных и метаболических изменений. Данные нарушения способствуют формированию неблагоприятного внутриутробного метаболического фона и приводят к повышению риска акушерских и перинатальных осложнений, включая макросомию плода, осложненные роды и нарушения ранней неонатальной адаптации [3, 4].

В связи с этим изучение клинико-лабораторных особенностей течения беременности у женщин с ГСД является актуальной задачей современного акушерства и перинатологии.

Цель

Выявить и проанализировать значимые клинико-лабораторные маркеры у беременных с ГСД в сравнении с женщинами с физиологически протекающей беременностью для определения ключевых метаболических нарушений.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование на базе ГУ «Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека».

Объектом исследования стали 90 беременных, которые в последующем были разделены на две группы: 1-я группа (n=50) – беременные с ГСД, 2-я группа (n=40) – беременные без ГСД.

Статистическая обработка массива данных выполнена с использованием статистической программы Statistica 10.0 (StatSoft, GS35F 5899H). Средние величины представлены в формате среднего значения, медианы, 25-й и 75-й перцентили.

В качестве критерия статистической значимости результатов рассматривается уровень $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Проводя анализ данных спектра клинико-лабораторных маркеров у беременных женщин с ГСД (таблица 1), отмечено, что средний возраст женщин с ГСД составил 34,34 года, что было выше показателя во 2-й группе (28,50 лет), однако различие не достигло статистической значимости (p=0,07).