

М. Н. Матюшенко, Д. А. Марчик

*Научный руководитель: заведующий кафедрой, кандидат медицинских наук,
доцент Е. Г. Малаева*

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

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Введение

Кардиоренальный синдром (КРС) представляет собой комплекс взаимосвязанных патологических состояний, затрагивающих сердце и почки. Он возникает как результат острой или хронической недостаточности одного из этих органов, что приводит к последующей острой или хронической дисфункции другого. КРС охватывает широкий спектр острых и хронических нарушений, где первичным очагом поражения может выступать как сердце, так и почка. Таким образом, дисфункция одного органа запускает цепь патологических изменений, негативно влияющих на функцию другого [1].

Почки, будучи органом, участвующим в ключевых метаболических процессах, регуляции гуморальной системы и микроциркуляции, подвержены как острым, так и хроническим воздействиям при различных сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ), что оказывает влияние на развитие и прогрессирование сердечно-сосудистой патологии. Нарушение работы почек ассоциировано с более высокой частотой рецидивов ишемии миокарда, инфаркта миокарда (ИМ), геморрагических осложнений, острой сердечной недостаточности, нарушения ритма сердца. Даже небольшое снижение функции почек значительно усугубляет течение основной патологии со стороны сердечно-сосудистой системы.

Основными причинами развития КРС при ХСН являются: перегрузка объемом вследствие задержки жидкости, венозная гипертензия и повышение внутрибрюшного давления. Последнее было установлено не только у пациентов с асцитом, но и без видимых его признаков. Данный элемент патогенеза играл ведущую роль в нарушении перфузии внутренних органов, в т.ч. почек. Причинами повышенного внутрибрюшного давления при отсутствии асцита являлись венозный застой и венозная гипертензия. Данные проявления приводили к перераспределению объема крови в венозный отдел сосудистого русла и значительному уменьшению внутрибрюшного артериального кровотока, что снижало перфузию органов и способствовало развитию полиорганной недостаточности [2].

Цель

Провести оценку качества жизни пациентов с кардиоренальным синдромом.

Материал и методы исследования

В ходе исследования была опрошена группа из 25 пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом и кардиологическом отделениях Гомельской городской клинической больницы № 3, а также имеющих ишемическую болезнь сердца и нарушения со стороны работы почек. Медиана возраста для мужчин (n=14) составила 70 [66;75] лет, для женщин (n=11) – 68 [55;72] лет. В качестве сопутствующего заболевания у 16% пациентов был установлен сахарный диабет 2-го типа.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ «Microsoft Excel 2010» и «STATISTICA 10.0» («StatSoft, Inc»). Так как данные не соответствовали закону нормального распределения

по критерию Колмогорова-Смирного, то они были представлены в виде Me (Q1; Q2), где Me – медиана, (Q1; Q2) – 25 и 75 процентиля соответственно.

Опросник качества жизни SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form Health Survey) – неспецифический опросник для оценки качества жизни пациента, широко используемый в западных странах. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья.

Опросник отображает общее благополучие и уровень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые может повлиять состояние здоровья.

SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой из шкал сформированы таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по данной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья [3].

Данный опросник является универсальным и подходит для определения качества жизни пациентов различных возрастных групп и с наличием хронических заболеваний, а также может быть использован в ходе динамического наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Данные опросника SF-36 у пациентов с кардиоренальным синдромом

Показатель здоровья	Мужчины	Женщины
Физический компонент здоровья		
Физическое функционирование, %	60 (40;80)	10 (5;25)
Ролевое функционирование (физ), %	0 (0;0)	0 (0;0)
Интенсивность боли, %	45 (15;75)	22 (5;32)
Общее состояние здоровья, %	45 (41;50)	40 (35;42)
Психологический компонент здоровья		
Психическое здоровье, %	66 (40;84)	40 (34;55)
Ролевое функционирование (эмоц), %	0 (0;0)	0 (0;0)
Социальное функционирование, %	50 (25;75)	25 (0;50)
Жизненная активность, %	35 (5;50)	15 (5;35)

В результате проведенного исследования установлено, что медиана физического функционирования у женщин составляет 10%, а у мужчин – 60%, что соответствует низкому и высокому значениям показателя соответственно.

Показатели физического ролевого функционирования равны для мужчин и женщин и составляют 0%, что является низким показателем. Низкие показатели по данной шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациентов.

Медиана интенсивности боли для мужчин и женщин составила 45% и 22% соответственно, что означает более выраженный болевой синдром у женской части опрошенных.

Общее состояние здоровья для мужчин и женщин является удовлетворительным, и медиана отмечена как 45% и 40% соответственно.

Показатели ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, равны для мужчин и женщин, и составляют 0%, что является низким показателем и означает, что эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема

работы, снижение ее качества и т. п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Медиана показателя психического здоровья у мужчин составила 66%, а у женщин – 40%, что является соответственно высоким и удовлетворительным значениями данной шкалы.

Низкие баллы медианы жизненной активности женщин (15%) свидетельствуют об большей усталости и их моральной истощенности, чем у мужчин со значением медианы 35% и сохранением умеренной жизненной активности.

Медиана значений шкалы социального функционирования у мужчин составила 50%, а у женщин – 25%, что является удовлетворительными значениями для двух показателей.

Выводы

1. Ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, является низким и для мужчин, и для женщин, что свидетельствует о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием, а также о наличии ограничения в выполнении повседневной работы, обусловленного ухудшением эмоционального состояния.

2. Шкалы физического функционирования и интенсивности боли отображают, что женщины являются более ограниченными в выполнении физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.) чем мужчины.

3. Общее состояние здоровья, а также шкала социального функционирования являются одинаково удовлетворительными для двух групп.

4. Шкалы психического здоровья отображают отсутствие депрессивных и суицидальных мыслей как у мужчин, так и у женщин.

5. Показатель жизненной активности у мужчин выше, чем у женщин.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мельник, О. Кардиоренальный синдром: диагностика и лечение / О. Мельник // ПОЧКИ. – 2021. – Т. 6, № 1. – С. 2–14.

2. Кардиоренальный синдром при хронической сердечной недостаточности: патогенез, диагностика, прогноз и возможности терапии / Е. А. Медведева, Н. В. Шиляева, Э. Н. Исхаков [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 1. – С. 136–141.

3. Здравоохранение RAND [сайт]. – URL: <https://www.rand.org> (дата обращения: 09.03.2025).

УДК 616-071:[616.132.2+616.2/.8]-07

А. Н. Михуто, М. Л. Лазаретова

Научный руководитель: к. м. н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЕРИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА НА ПРИМЕРЕ СРАВНЕНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И БОЛЕЙ НЕКАРДИОГЕННОЙ ПРИРОДЫ

Введение

Диагностика острого коронарного синдрома (ОКС) не является простой задачей. Даже типичная симптоматика ОКС обладает невысокими показателями чувствительности и специфичности. Так, среди пациентов, поступивших в стационар с характерными для ОКС болями в груди, только у 50 % в дальнейшем подтверждается диагноз острого