

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

инфаркта миокарда (ОИМ) или нестабильной стенокардии; при этом 30–50 % пациентов с ОИМ не имеют типичных болей в грудной клетке [1].

Известно, что торакалгия является трудно диагностируемым синдромом для пациентов и врачей. Распространенность боли в груди является весьма характерным явлением для пациентов в практике первичной медицинской помощи. Тем не менее, не всякая боль в груди является кардиогенной. По оценкам Richter JE с соавт. 400000 пациентов ежегодно впервые испытывают некардиогенную боль в груди. Некардиогенная боль в груди может иметь различные характеристики. Например, боль может быть локализованной или распространяться по всей передней грудной стенке, иррадиировать в места, типичные для кардиогенных болей; может продолжаться всего несколько минут или же длиться часами. При обследовании пациента с болью в груди, начальный диагностический этап направлен на исключение угрожающих жизни причин, таких как острый коронарный синдром или легочная эмболия. Дифференцировать кардиогенные и некардиогенные боли в груди не всегда возможно только на основании клинических данных. Кроме того, ИБС и многие некардиогенные причины боли в груди могут сосуществовать [2].

Цель

Определить отличительные особенности течения невралгии как альтернативного диагноза для ОКС.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 8 пациентов, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр».

В исследование включены следующие данные пациентов: диагноз при поступлении, сопутствующие заболевания, пол, возраст, основные и дополнительные жалобы, диагностически значимые данные лабораторных (анализ крови на кардиомаркеры) и инструментальных (КАГ, ЭКГ, Эхо-КГ) методов исследования, а также данные заключений других специалистов (невролог).

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы «Statistica» (V. 10.0). Данные представлены в виде Me (Q25; Q75), где Me – медиана, Q25; Q75 – верхний и нижний квартили, или в процентном соотношении в группе.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую выборку составили 8 пациентов в соотношении: мужчины (75%), женщины (25%). Возраст составил 53,5 [48; 60,5] года, минимальное значение – 43, максимальное – 70.

Проведен подробный анализ жалоб пациентов.

Основной жалобой была боль, имеющая следующие характеристики:

Локализация боли: за грудиной (50%), возможная как при ОКС, так и при альтернативном диагнозе, в частности, невралгии: в левой половине грудной клетки (25%), в области верхушки сердца (12,5%), в левой половине тела (12,5%), в эпигастрии (12,5%), в спине (12,5%).

Иррадиация: характерная для ОКС – под левую лопатку (25%); возможная как при ОКС, так и при альтернативном диагнозе, в частности, невралгии: с распространением от головы до шеи (12,5%).

Характер боли: сжимающая (37,5%), давящая (25%), что является главным критерием боли при ОКС, и ноющая (37,5%), что статистически характерно для невралгии.

Условия возникновения: четкая связь боли с физической нагрузкой наблюдалась у 2 пациентов (усиливалась при движении левой рукой (12,5%), усиливалась на вдохе

(12,5%), остальные пациенты (75%) появление боли с физической нагрузкой не связывали. Отсутствие данной связи потенциально позволяет исключить диагноз ОКС.

Длительность: у семи пациентов (87,5%) боль длилась не более 30 минут и носила приступообразный характер, кроме одного пациента, который испытывал боль длительное время, что также не является характерным для ОКС.

Купирование боли: лишь один пациент (12,5%) принимал нитроглицерин, что не оказало должного эффекта. Данный критерий является диагностически значимым для подтверждения как коронарогенной, так и неврогенной природы боли, позволяя исключить стенокардию. Остальные пациенты (87,5%) нитроглицерин не принимали.

Дополнительные жалобы: общая слабость (37,5%), головная боль (12,5%), одышка (25%), головокружение (25%), шум в ушах (25%), повышение АД (12,5%) – потенциально кардиогенная симптоматика; онемение левой половины тела (12,5%) – достоверно неврологическая симптоматика; эпизод помрачения сознания с диспепсическим синдромом (12,5%) – симптомы могут иметь смешанный характер.

На основе жалоб и анамнестических данных, пациентам при поступлении в стационар были выставлены следующие предварительные диагнозы: нестабильная стенокардия – 7 пациентов (87,5%), ОКС с подъемом ST – в случае с эпизодом помрачения сознания на пике усиления боли – 1 пациент (12,5%).

Анализ данных ЭКГ при поступлении: депрессии/подъема сегмента ST, отрицательных зубцов T выявлено не было.

При поступлении и в динамике не было выявлено подъема кардиомаркеров (КФК-МВ, тропонин). Уровень тропонина был до 0,01; уровень КФК-МВ при поступлении составил 18,2 [13,2 – 21,7], варьировался от 13,2 до 24,4; в динамике – 19,3 [12,95–27,15], варьировался 10,4 до 31,2.

По данным ЭхоКГ ФВ в В-режиме составила 67 [57–71] %, нарушения локальной сократимости выявлено не было. В 37,5% случаев выявлена гипертрофия левого желудочка (ЛЖ).

Двум пациентам с подозрением на атеросклеротический кардиосклероз (АСКС) была проведена КАГ со следующими результатами: пациент 1 – стеноз ствола левой коронарной артерии (ЛКА) до 80% с последующим стентированием в текущую госпитализацию; пациент 2 – имелись диффузные изменения коронарных артерий (КА) на протяжении без значимых стенозов, было рекомендовано медикаментозное лечение.

По результатам осмотра невролога семи пациентам была диагностирована торакалгия, синдром большой грудной мышцы слева (87,5%). У восьмого пациента (пациент 1) до КАГ и последующего стентирования был выставлен основной диагноз ИБС: стабильная стенокардия напряжения. После стентирования при осмотре невролога была предположительно диагностирована вертеброгенная торакалгия в качестве сопутствующей патологии.

У пациента со стентированием ствола ЛКА при поступлении жалобы были на сжимающие боли в левой половине грудной клетки, после стентирования жалобы включали в себя ноющую боль в области сердца. После чего при дообследовании был подтвержден диагноз стенокардии и вертеброгенной торакалгии одновременно.

У всех пациентов динамика жалоб была положительной: боли уменьшились у 87,5% пациентов, у пациента с сочетанием стенокардии и невралгии, которому было проведено стентирование ЛКА, на момент выписки сохранялся умеренный послеоперационный болевой синдром.

Длительность стационарного лечения всех пациентов составила 10 [7;11] койко-дней, минимальное значение – 7; максимальное – 25 (пациент со стентированием ЛКА). Все

пациенты были выписаны с улучшением (100%). Как основной диагноз, невралгия была установлена в 100% случаев, являясь в единичном случае коморбидным состоянием при ИБС. Диагноз стенокардии был подтвержден у одного пациента (12,5%). Диагноз ОКС подтвержден не был.

Выводы

1. Предварительный диагноз ОКС в основном верифицировали по следующим жалобам: типичные жалобы на давящую и сжимающую боль в грудной клетке, иррадиация боли под левую лопатку, эпизод утраты сознания на пике проявления боли. Наличие показателей кардиомаркеров в пределах нормы и отсутствие нарушения локальной сократимости миокарда на Эхо-КГ позволили достоверно исключить диагноз ОКС.

2. Отличительными особенностями течения невралгии как альтернативного диагноза являлись: жалобы на онемение частей тела, умеренный болевой синдром, проявляющийся длительное время. Решающим этапом утверждения невралгии в качестве основного диагноза являлось заключение невролога.

3. При построении алгоритма диагностической концепции необходимо акцентировать внимание на детальном сборе жалоб, анамнеза и тщательном объективном осмотре пациента. В дифференциальной диагностике причин острой боли в грудной клетке необходимо также учитывать, что альтернативные патологии могут сосуществовать. Разработка универсального диагностического подхода к пациенту с болью в грудной клетке позволит избежать большинства последующих диагностических ошибок.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дубикайтис, Т. А. Острый коронарный синдром / Т. А. Дубикайтис // Russian Family Doctor. – 2017. – № 14. – С. 5–13.
2. Оценка некардиогенной боли в груди / В. И. Дорофеев, Д. Н. Монашенко, Д. А. Свиридо [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2017. – № 3. – С. 12–23.

УДК [614.2:304.3]-052-082.4

К. М. Мицкевич

Научные руководители: к.м.н., доцент Е. С. Махлина, к.м.н., доцент О. Н. Кононова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСА ЗОЖ

Введение

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) подразумевает комплекс поведенческих привычек и факторов, которые способствуют поддержанию высокого уровня здоровья и профилактике заболеваний.

В последние десятилетия наблюдается значительное увеличение интереса к вопросам здоровья и благополучия населения. В условиях современного общества, характеризующегося быстрыми изменениями в образе жизни, экологии и пищевых привычках, становится особенно актуальным изучение факторов, способствующих формированию здорового образа жизни. Одним из ключевых аспектов этого процесса является приверженность индивидов к здоровым практикам, которая может быть количественно оценена с помощью различных индексов.