

По результатам эхокардиографии сердца было выделено 2 группы: пациенты с фракцией выброса левого желудочка (ФВ) была сохраненной (ФВ $\geq 50\%$), что составило 63 % и пациенты со сниженной ФВ — 37 % пациентов. В группе с сохраненной ФВ отмечалась микроцитарная анемия в 20 % случаев, лейкоцитоз у 50 % пациентов, ускорение СОЭ у 70 %. Изменения биохимических показателей были следующие: повышение мочевины и креатинина — у 50 %, гипербилирубинемия — в 30 % случаях, гиперхолестеринемия — у 10 %, АсАТ увеличен в 20 % случаев, АлАТ повышен — у 10 % пациентов. Гипернатриемия наблюдалась у 10 %, гиперкалиемия — у 20 %, повышение уровня хлора — у 40 %. В группе пациентов со сниженной ФВ выброса левого желудочка отмечалась: микроцитарная анемия у 33 % пациентов; лейкоцитоз — у 50 % исследуемых; ускорение СОЭ — у 17 %. Повышение уровня креатинина и мочевины наблюдалось у 67 %; гипербилирубинемия наблюдается у 50 % пациентов, общий холестерин в пределах нормы у 100 % группы, АсАТ увеличен в 33 % случаев, гипернатриемия — у 17 %; гиперкалиемия — у 50 %; повышение уровня хлора — у 17 %. Был проведен сравнительный анализ лабораторных показателей (параметрическое распределение, критерий Стьюдента). Мы не получили статистически значимые различия в лабораторных показателях. Далее был рассчитан индекс коморбидной патологии Чарльсона для каждой группы, который оценивает отдаленный прогноз. Для первой группы Чарльсона составил равен 5,1, для второй группы — 3,8. Амбулаторное лечение соблюдает только 78 %, 22 % — нет. Блокаторы системы ренин — ангиотензин — альдостерон были назначены только 76 % пациентов. β -адреноблокаторы были рекомендованы и назначены 53 % пациентов с ХСН. Ивабрадин был назначен только 2 % пациентов, спиронолактон — 31 % пациентов. 59,3 % пациентов рекомендовались мочегонные препараты.

Выводы

У 26 % пациентов ХСН диагностируется впервые в поздних стадиях, что указывает на недостаточную раннюю диагностику ХСН.

Для пациентов с сохраненной ФВ выброса левого желудочка характерны большее количество сопутствующих заболеваний. Для пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка более часто встречается микроцитарная анемия, нарушение функции почек.

Терапия ХСН в реальной амбулаторной практике является недостаточной, что ведет к резкому ухудшению прогноза жизни для пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) / Ф. Т. Агеев [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2004. — № 1. — С. 4–7.
2. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure // European Journal of Heart Failure. — 2016. — № 18. — P. 891–975.
3. Prevalence of unrecognized heart failure in older persons with shortness of breath on exertion / van Riet EES [et al.] // Eur J Heart Fail. — 2014. — № 16. — P. 772–777.

УДК 159.942/.947:616.379-008.64

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сидоренко А. Н.

**Научные руководители: ассистент кафедры А. Ю. Прислонская;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Сахарный диабет представляет собой одно из самых распространенных неинфекционных заболеваний в мире. Является четвертой ведущей причиной смерти в боль-

шинстве развитых стран и влечет за собой ряд сопутствующих патологий, таких как хроническая боль, а та в свою очередь депрессию. Боль и депрессия — это два наиболее широко распространенных расстройства, оказывающих значительное отрицательное социально-экономическое влияние на человека. Клинические исследования уже давно доказали наличие связи между болью и депрессией. Шкала тревоги Спилбергера исследует 2 вида тревожности: ситуативная (опросник А) и личностная (опросник Б). Низкому уровню тревожности соответствует 30 баллов, умеренной — 31–44 балла, высокой 45 баллов и более. Ситуативная тревожность отражает реакцию человека на стрессоры из окружающего мира, личностная же, отражает индивидуальные особенности реакции личности. Шкала депрессии Бека представляет собой опросник, состоящий из 21 вопроса, который позволит определить уровень депрессии пациента. Результаты теста интерпретируются следующим образом: 0–9 баллов — отсутствие депрессивных симптомов, 10–15 баллов — легкая депрессия, 16–19 баллов — умеренная депрессия, 20–29 баллов — выраженная депрессия, 30–63 балла — тяжелая депрессия. Боль также представляет собой субъективное ощущение пациента, которое сложно трактовать и оценивать. Поэтому при оценке боли использовалась шкала ВАШ (визуально-аналоговая шкала). Пациенту предлагалось разместить линию, перпендикулярно пересекающую визуально-аналоговую шкалу, разбитую по десятибалльной системе, в той точке, которая соответствует его интенсивности боли. Интерпретация результатов: 0 — боли нет, 1–2 — легкая боль, 3–6 — умеренная боль, 7–10 — сильная боль.

Цель

Провести оценку эмоционально-волевых нарушений и болевого синдрома у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования

Было проведено обследование 62 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), находящихся на лечении в эндокринологическом отделении ГКБ №3. Оценка эмоционально-волевого статуса проводилась с использованием шкал Бека и Спилбергера. Оценка болевого синдрома — с использованием шкалы ВАШ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе обследования пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от стажа СД 2: 1-я группа — стаж заболевания до 5 лет, 2-я группа — от 5 до 10 лет, в 3-й группе 3 стаж заболевания составил более 10 лет. Средний возраст пациентов 1-й группы ($n = 20$) составил $60,3 \pm 19,67$, а стаж диабета $2,3 \pm 1,21$. По результатам исследования в данной группе показатель шкалы Бека составил $8,7 \pm 3,16$ баллов, результат шкалы тревоги Спилбергера (опросник А) — $34,95 \pm 13,58$ баллов, (опросник Б) составил $45,95 \pm 3,19$ баллов. Средний балл шкалы ВАШ составил $2,2 \pm 1,2$ баллов. Вторую группу пациентов (средний возраст $46,1 \pm 14,16$, стаж заболевания — $7,63 \pm 1,64$) составили 16 человек. В данной группе показатель Бека составил $9,72 \pm 2,21$ баллов, показатель Спилбергера (опросник А) — $39,86 \pm 3,67$ баллов, (опросник Б) — $47,31 \pm 3,15$ баллов. Результаты шкалы ВАШ — $4,1 \pm 1,25$ баллов. В 3-ю группу пациентов вошли 26 человек (средний возраст $62,58 \pm 17,34$, стаж заболевания $18,19 \pm 6,78$). Средний результат по шкале Бека составил $10,5 \pm 4,07$ баллов, показатель шкалы Спилбергера (опросник А) — $40,1 \pm 3,16$ баллов, (опросник Б) — $47,27 \pm 4,57$ баллов. По результатам шкалы ВАШ установлено $5,73 \pm 1,88$ баллов. Результаты представлены в таблице 1.

Выводы

По результатам шкалы Спилбергера уровень ситуативной тревожности-умеренный у пациентов всех 3-х групп. Это означает, что пациенты ситуативно не способны справиться с нервозностью и беспокойством. Также у всех 3-х групп наблюдается высокий уровень личностной тревожности. Следовательно, пациенты существенно предраспо-

ложены к тревоге, интенсивность которой, не соответствует объективной ситуации. Также можно отметить наличие роста ситуативной и личностной тревожности в зависимости от роста стажа заболевания. Результаты шкалы Бека соответствуют легкому уровню депрессии у всех пациентов. У обследуемых не выявлено клинически значимых нарушений депрессивного характера. Характеристика болевого синдрома по результатам шкалы ВАШ в первой группе пациентов оценивается как легкая боль. Во второй и третьей группах — умеренная боль. Можно сделать вывод, что интенсивность боли увеличивается со стажем заболевания и уровнями ситуативной и личностной тревоги. Если уделять достаточное внимание болевому синдрому и тревожности, то можно существенно улучшить уровень и качество жизни пациентов, страдающих от сахарного диабета. Интерпретация боли всегда вызывает сложности как у пациента, так и у врача. В ходе исследования, было отмечено, что использование шкалы ВАШ позволяет относительно быстро получить достаточную информацию о болевых ощущениях пациента.

Таблица 1 — Результаты исследования тревожности и депрессии у пациентов с сахарным диабетом 2го типа

0–5 лет (гр. 1)	Шкала Бека 8,7 ± 3,16		Шкала Спилбергера (А) 34,95 ± 13,58		Шкала Спилбергера (Б) 45,95 ± 3,19	
	3–9 баллов	10–14 баллов	27–43 балла	44–47 баллов	41–42 балла	44–50 баллов
	10 чел.	10чел.	16 чел.	4 чел.	4 чел.	16 чел.
5–10 лет (гр. 2)	Шкала Бека 9,72 ± 2,21		Шкала Спилбергера (А) 39,86 ± 3,67		Шкала Спилбергера (Б) 47,31 ± 3,15	
	4–9 баллов	10–14 баллов	35–43 балла	45–47 баллов	42–44 балла	45–52 балла
	9 чел.	7 чел.	12 чел.	4 чел.	4 чел.	12 чел.
Более 10 лет (гр. 3)	Шкала Бека 10,5 ± 4,07		Шкала Спилбергера (А) 40,1 ± 3,16		Шкала Спилбергера (Б) 47,27 ± 4,57	
	5–9 баллов	10–15 баллов	35–44 балла	5–47 баллов	43–44 балла	45–54 балла
	9 чел.	17 чел.	21 чел.	5 чел.	7 чел.	19 чел.

УДК 616_006_009.7

АНАЛИЗ ИНТЕНСИВНОСТИ И СТРУКТУРЫ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Скибарь А. А., Сивакова С. Д.

Научный руководитель: ассистент *А. В. Проневич*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

За последних несколько лет отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом нередко опухолевый процесс уже на этапе диагностики имеет распространенный характер, что снижает эффективность радикальных и специальных методов лечения. Хронический болевой синдром (ХБС) является одним из наиболее частых и тяжелых проявлений распространенного опухолевого процесса. По данным ВОЗ хронической болью страдают до 95 % больных в конечной стадии заболевания. Длительное сохранение болевых проявлений является одной из ключевых причин эмоциональных нарушений, формирования чувства безнадежности и повышения суицидальной активности этих пациентов, снижения качества их жизни.