

1. Использование комплекса «Омега-М», помогающего оценить состояние организма с 4 уровней управления: периферического, вегетативного, ГГС и ЦНС, показало свою значимость для оценки параметров адаптации ССС, ее центральной и вегетативной регуляции, психоэмоционального статуса больных.

2. Была обнаружена взаимосвязь между исходом ОКС и динамикой интегральных показателей функционального состояния организма: при исходе ОКС в НС – показатели А, В, С, D и Н повышались; при исходе ОКС в ОИМ – показатели А, В, С, D и Н снижались.

3. Наличие ПИКС у больных ОКС замедляет процесс изменения показателей функционального состояния.

Литература:

1. Голофеевский, В.Ю. Теоретические основы информационной диагностики заболеваний и преморбидных состояний / В.Ю. Голофеевский. – С-Пб, 2001. – 28 с.

2. Обоснование аппаратно-программных методов, предназначенных для скрининг-диагностики внутренних заболеваний и для оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий в системе диспансеризации военнослужащих и пенсионеров МО. Отчет о научно-исследовательской работе. – СПб: Изд-во ВМА С-Пб, 2002. – 77 с.

3. Руксин В.В. Неотложная кардиология: Руководство для врачей. 6-е изд., перераб. и доп. СПб.: Невский Диалект; М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.

4. Пристром, А.М. Изменения диагностических подходов подтверждения инфаркта миокарда / А.М. Пристром, Т.А. Рущкая, А.В. Пацеев // Медицина. — 2010. – № 4. – С. 33–36.

5. Смирнов, К.Ю. Разработка и исследование методов математического моделирования и анализа биоэлектрических сигналов / К.Ю. Смирнов, Ю.А. Смирнов. – С-Пб, 2001. – 43с.

6. Третье универсальное определение инфаркта миокарда / К. Thygesen, J.S. Alpert, H.D. White и др. / Российский кардиологический журнал. – 2013. – №2 (100), приложение 1. – С.1-16.

7. Ярилов, С.В. Физиологические аспекты новой информационной технологии анализа биоэлектрических сигналов и принципы технической реализации / С.В. Ярилов. – С-Пб, 2001. – 48с.

УДК 616-07

Я.И. Кузнецова, Т.Л. Привалова, А.С. Ткаченко, А.М. Шимкевич
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА РАСЧЕТНОЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ
ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Кафедра факультетской терапии и эндокринологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Y.I. Kuznetsova, T.L. Privalova, A.S. Tkachenko, A.M. Shimkevich
THE RESULTS OF THE ANALYSIS OF ESTIMATED GFR IN PATIENTS
OF THERAPEUTIC HOSPITAL

Department of faculty therapy and endocrinology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: kuznetsova-94@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты исследования скорости клубочковой фильтрации у пациентов терапевтического стационара.

Annotation. The article presents the results of a study of glomerular filtration rate in patients of therapeutic hospital.

Ключевые слова: расчет скорости клубочковой фильтрации, сниженная СКФ.

Keywords: calculation of glomerular filtration rate, decreased glomerular filtration rate.

ХБП — понятие, объединяющее всех пациентов с сохраняющимися в течение 3 и более месяцев признаками повреждения почек и/или снижением их функции. В случае сохранной или повышенной СКФ, а также у больных с ее начальным снижением ($60 \leq \text{СКФ} < 90$ мл/мин/1,73 м²) для диагноза ХБП необходимо присутствие признаков повреждения почек (альбуминурия ≥ 30 мг/сут. или отношение альбумин/креатинин в моче ≥ 30 мг/г (≥ 3 мг/моль), изменение осадка мочи, электролитные нарушения, структурные и морфологические изменения, трансплантация почки в анамнезе). При СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² ХБП диагностируется даже при отсутствии маркеров повреждения почек [1].

Хроническая болезнь почек (ХБП) в настоящее время во всем мире является глобальной медицинской проблемой, но подходы к её выявлению в реальной клинической практике не позволяют своевременно выявлять пациентов с риском развития ХБП.

К ХБП приводит широкий спектр нарушений (включая сахарный диабет, артериальную гипертензию, гломерулонефрит). ХБП страдает около 10% населения планеты [2].

Цель исследования - выявление распространенности сниженной СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² для определения распространенности сниженной СКФ и определения групп риска развития ХБП в терапевтическом стационаре.

Материалы и методы исследования

В группу исследования вошло 138 человек госпитализированных в первое и второе терапевтическое отделение ГKB № 40 г. Екатеринбурга в период со 02.11.15 по 12.02.16. Средний возраст 54 ± 14 лет, из них женщин 54, средний возраст 58 ± 16 лет, мужчин 83, средний возраст 52 ± 13 лет.

Средний уровень расчетной СКФ составил 83 ± 27 мл/мин/1.73 м².

Методы: изучение и обобщение специализированной литературы, сбор анамнеза у пациентов, работа с историями болезней, расчет СКФ по формуле СКD-EPI, обработка полученных результатов в программе Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании для подсчета СКФ использовалась формула СКD-EPI. Причины госпитализации у пациентов с СКФ менее 60 мл/мин/1.73 м² (n=24) представлены на рисунке:

Бронхиальная астма

Пневмония

ХОБЛ

ИБС

Другие причины

Рис. Причины госпитализации в группе исследования.

По результатам исследования у 17% исследуемых СКФ было менее 60 мл/мин/1.73 м², у 83% СКФ было более 60 мл/мин/1.73 м².

У 24 пациентов (17%) среднего возраста 73 ± 11 лет имело место снижение расчетной СКФ менее 60 мл/мин/1.73 м². Из числа пациентов со сниженной СКФ было 17(71%) женщин в возрасте от 56 до 87 лет, средний возраст 73 ± 11 лет, 7 (29%) мужчин от 45 до 82 лет, средний возраст 73 ± 13 лет.

Анализируя группы пациентов с СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² (n=24) и с нормальной СКФ (n=114), наблюдается тенденция к снижению СКФ в зависимости от возрастной группы: пациенты старческого возраста имеют максимальное снижение СКФ.

Нами подтверждено, что в группе исследования (n=24) более распространено снижение СКФ в старческом возрасте (n=13), составляющая $45 \pm 9,9$ мл/мин/1,73 м², что позволяет отнести данных пациентов к группе высокого риска по дальнейшему прогрессированию ХБП. Процентное соотношение по возрастным группам среди лиц со сниженной СКФ: средний возраст – 13%, пожилой – 33%, старческий – 54%.

В группе сравнения (n=114), начиная с пожилого возраста, наблюдается умеренное снижение СКФ: пациенты пожилого возраста имеют СКФ $76 \pm 12,9$ мл/мин/1,73 м², пациенты старческого возраста - $71 \pm 10,6$ мл/мин/1,73 м². Данные пациенты относятся к группе риска по развитию ХБП. Результаты расчетов представлены в таблице.

Таблица.

Распределение пациентов по возрастным группам

Группа исследования (n= 24)		Группа сравнения (n= 114)	
Возраст (лет)	Значение СКФ (мл/мин/1.73 м ²)	Возраст (лет)	Значение СКФ (мл/мин/1.73 м ²)
Молодой (25-43) (n= 0)	-	Молодой (25-43) (n= 33)	95±19
Средний (44-59) (n= 3)	50 ± 5,3	Средний (44-59) (n= 57)	95 ± 21,8
Пожилой (60-74) (n= 8)	46 ± 13,8	Пожилой (60-74) (n= 19)	76 ± 12,9
Старческий (75-89) (n= 13)	45 ± 9,9	Старческий (75 -89) (n= 5)	71 ± 10,6

Из приведенных данных видно что встречаемость снижения СКФ менее 60 мл/мин/1.73 м² имела место у 72% пациентов старческого возраста, у 30% пожилых больных, только 5% пациентов среднего возраста и не встретилось у пациентов молодого возраста.

Из числа обследованных о диагнозе ХБП до начала нашего исследования знало 7 (31%) или 5,1% от всех исследуемых пациентов, 17(69%) или 12,5 % от всех исследуемых больных не были осведомлены о наличии снижения расчетной СКФ.

После расчета СКФ пациентам не знавшим о наличии у них сниженного СКФ менее 60 мл/мин/1.73 м² были даны рекомендации обратиться к нефрологу и сделать контрольное измерение уровня креатинина крови через 3 месяца для подтверждения или исключения диагноза ХБП.

Выводы:

1. 17% исследуемых пациентов не нефрологического стационара имели снижение СКФ, о котором 2/3 пациентов узнали впервые.

2. Пациенты пожилого и старческого возраста относятся к группе высокого риска по развитию ХБП, так как, распространенность снижения СКФ менее 60 мл/мин/1.73 м² имела место у 30% пациентов от 60 до 74 лет и у 72% пациентов старше 75 лет.

3. Необходимо проводить расчет СКФ у каждого пациента (особенно после 44 лет), вне зависимости от того, по какой причине он был

госпитализирован, так как сниженная СКФ менее 60 мл/мин/1.73 м² регистрировалась во всех возрастных группах после 44 лет.

Литература:

1. Национальные рекомендации российского общества кардиологов: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции. 2014. С. 9-10.
2. Тугушева Ф.А., Зубина И.М., Митрофанова О.В. Оксидативный стресс и ХБП // Нефрология. 2007. №11. С. 29-47.

УДК 616.12-008.46-036.12-036.868

**С.П. Кузьмич, А.И. Гриб, Н.В. Шпак, М.С. Дешко
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОНО-
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Гродненский государственный медицинский университет»
1-ая кафедра внутренних болезней
Гродно, Беларусь

**S.P. Kuzmich, A.I. Grib, N.V. Shpak, M.S. Dzeshka
CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL, LARATORY, AND INSTRUMENTAL
PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC
HEART FAILURE**

Grodno state medical university
Department of internal medicine
Grodno, Belarus

Контактный e-mail: svetlana.p.kuzmich@gmail.com

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из последних этапов в сердечно-сосудистом континууме, развиваясь как исход сердечно-сосудистых заболеваний. Развитие ХСН ведет к повышению смертности, эпизодам декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности, требующим госпитализации, снижению толерантности к физическим нагрузкам [1].

В последнее время все большее внимание уделяется качеству жизни пациентов с разными заболеваниями, включая сердечно-сосудистые. Оценка качества жизни используется в клинических исследованиях как суррогатная конечная точка [1]. При ХСН ухудшение качества жизни связано с симптомами ХСН, функциональными ограничениями, расстройствами психологической сферы, побочными эффектами комбинированного медикаментозного лечения,