

2. Драпкина, О. М., Сосудистый возраст как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний / О. М. Драпкина, М. В. Фадеева // Артериальная гипертензия. – 2014. – № 4. – С. 224–231.
3. Карпов, Ю. А. Влияние комбинированной гипотензивной терапии на риск сердечно-сосудистых осложнений и сосудистый возраст: результаты многоцентрового открытого исследования Advantage / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин // Атмосфера. Новости кардиологии. – 2015. – № 3. – С. 2–10.
4. Протасов, К. В. Сосудистый возраст и сердечно-сосудистое ремоделирование при артериальной гипертензии / К. В. Протасов, Д. А. Синкевич, О. В. Федоришина // Артериальная гипертензия. – 2011. – № 5. – С. 448–453.
5. Синкевич, Д. А. Концепция «Сосудистого возраста» как новый подход к оценке сердечно-сосудистого риска / Д. А. Синкевич, К. В. Протасов, А. А. Дзизинский // Сибирский медицинский журн. (Иркутск). – 2011. – № 6. – С. 9–13.

СВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

И. С. Белоусова, Н. Н. Боровков

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России
Кафедра госпитальной терапии им. В.Г. Вогалика

В последние годы выживаемость больных на заместительной почечной терапии перестает быть основным критерием результата лечения [2]. Причиной этого является совершенствование тактики лечения и технологии проведения гемодиализа. В связи с ростом числа больных, находящихся на лечении программным гемодиализом (ПГД) [4], особое внимание стало уделяться проблеме качества их жизни (КЖ) [3].

Цели исследования: выявить взаимосвязь КЖ и клинико-биохимических показателей у больных, находящихся на лечении ПГД.

Обследована группа больных из 90 пациентов, находящихся на лечении ПГД (57 мужчин и 75 женщин). Средний возраст составил 61,0 [56,0; 68,0] года. Для оценки КЖ использовался опросник KDQOL, включающий в себя физический и психический компонент здоровья, а также вопросы, специфичные для диализной терапии [1]. Оценка каждой сферы жизни производится в баллах от 0 до 100: чем выше балл, тем лучше КЖ. Проводилась оценка линейной связи между клинико-биохимическими показателями, такими как гемоглобин (Hb), альбумин, ферритин, паратгормон. Корреляции устанавливали с помощью рангового коэффициента корреляции Spearman. Сила связи оценивалась по величине коэффициента корреляции R ($R \leq 0,25$ – слабая связь; $0,25 < R < 0,75$ – умеренная связь; $R \geq 0,75$ – сильная связь). При $p < 0,05$ различия считались достоверными. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 с использованием непараметрических методов (сопоставление независимых групп с использованием критериев Манна-Уитни. При $p < 0,05$ различия считались достоверными).

При анализе полученных результатов установлено, что показатели Hb оказывают достоверно значимое влияние на показатели КЖ больных, находящихся на лечении ПГД. При его снижении падают показатели КЖ по многим шкалам опросника. Особенно низкие значения фиксируются по доменам физического функционирования – 40,0 [37,0; 46,0] балл, ролевого физического функционирования – 42,0 [39,0; 47,0] балла, витальности – 51,0 [46,0; 58,0] балл, сексуальных функций – 55,0 [51,5; 59,0] балла, трудоспособности – 13,5 [10,5; 18,5] балла. При корреляционном анализе установлены сильные достоверные корреляции по шкалам общего состояния здоровья ($R = 0,62$), социальной поддержки ($R = 0,55$) физического функционирования ($R = 0,61$), социального функционирования ($R = 0,52$), социального взаимодействия ($R = 0,36$), социальной поддержки ($R = 0,55$), удовлетворенности медицинской помощью ($R = 0,41$). При оценке показателей альбумина у больных, находящихся на лечении ПГД, выявлено, что чем

ниже уровень альбумина, тем ниже КЖ пациентов. Самые низкие показатели зафиксированы по шкалам ролевого физического функционирования – 41,0 [38,0; 44,0] балла, социального взаимодействия – 64,0 [60,0; 69,0] балла, трудоспособности – 13,0 [10,0; 17,5] балла. Умеренные достоверные положительные корреляции установлены по доменам ролевого эмоционального функционирования и сна ($R = 0,57$ и $R = 0,41$ соответственно). При исследовании уровня ферритина, показывающего запасы железа в организме, выявлено, что при пониженных его значениях значительно снижается и КЖ гемодиализных больных. Наиболее низкие показатели зафиксированы по шкалам психического здоровья – 40,0 [38,0; 44,0] балла, социального взаимодействия – 67,0 [64,0; 71,0] балла, трудоспособности – 13,0 [10,0; 15,5] балла. При корреляционном анализе достоверные значения установлены по таким доменам опросника как витальность ($R = 0,43$), бремя ХБП ($R = 0,44$), сон ($R = 0,46$), трудоспособность ($R = 0,56$). Увеличение уровня паратгормона, специфичного для гемодиализных больных, которое наступает из-за нарушения фосфор-кальциевого обмена, достоверно снижает КЖ данных пациентов. Особенно это прослеживается по шкалам физического функционирования – 46,0 [42,0; 49,0] балла, социального функционирования – 44,5 [42,0; 49,5] балла, витальности – 57,0 [53,0; 60,0] балла, сна – 61,5 [59,0; 66,0] балла. Умеренные отрицательные корреляции регистрируются по доменам общего здоровья ($R = -0,04$), физического функционирования ($R = -0,03$), боли ($R = -0,35$), витальности ($R = -0,22$), трудоспособности ($R = -0,12$).

Как видим, КЖ больных, находящихся на лечении ПГД, находится в прямопропорциональной зависимости от клинико-биохимических показателей: чем ниже уровень Hb, альбумина и ферритина, тем хуже КЖ. Увеличение уровня паратгормона влечет за собой снижение КЖ гемодиализных пациентов.

Список литературы

1. Васильева, И. А. Российская версия опросника Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™) – ценного диагностического инструмента для оценки качества жизни больных на диализе / И. А. Васильева // Нефрология. – 2007. – № 11. – С. 64-70.
2. Земченков, А. Ю. Пути улучшения качества жизни больных на диализе / А. Ю. Земченков // Медицина. – 2006. – № 4. – С. 108-115.
3. Life without quality. Reflections of a female focus group on life, health and kidney disease / P. Bandiziol [et al.] // J. Nephrology. – 2013. – Vol. 21. – P. 124-129.
4. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey / L. Zhang [et al.] // Lancet. – 2012. – № 379 – P. 815-822.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

Е. А. Емельянова, А. В. Лебедева

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
Кафедра факультетской терапии

Определение стадии фиброза печени при хроническом гепатите актуально для прогнозирования, уточнения темпов прогрессирования заболевания и скорости развития цирроза печени [1, 3]. Актуальность данной проблемы обусловлена также высокой смертностью от терминальной стадии фиброза печени – цирроза, который занимает 9-е место среди всех причин смерти в мире и 6-е место – среди лиц трудоспособного возраста [2, 3]. У пациентов с хроническим гепатитом наблюдается разная скорость прогрессирования фиброза, что может быть обусловлено влиянием многих факторов (пола, возраста, длительности заболевания, наличие сопутствующих хронических заболеваний в анамнезе, этиологии заболевания, степени активности гепатита).

Цель работы: изучение факторов, влияющих на прогрессирование фиброза при диффузных заболеваниях печени.

Проводился анализ историй болезни 30 пациентов хроническими гепатитами различной этиологии, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ОБУЗ ИвОКБ