



Kistarcsai
Flór Ferenc Kórház

A KARDIORENÁLIS SZINDRÓMA JELENTŐSÉGE A BELGYÓGYÁSZATI BETEGELLÁTÁSBAN

Dr. Szalay T.¹, Dr. Tóth D.¹, Dr. Mekes C.¹, Dr. Jankó D.¹, Dr. Pocsai J.¹, Dr.
Kirschner R.¹

Kistarcsai Flór Ferenc Kórház, V. Belgyógyászat Nefrológiai Profillal¹

1 Bevezetés

- A kardiorenális szindróma (CRS) alatt a szív vagy a vese akut vagy krónikus diszfunkcióját értjük, ha egyúttal a másik szerv akut vagy krónikus romlásához vezet. A két szerv élettanilag szorosan összefügg egymással, komplex interaktív kapcsolatot alkotva. Éppen ezért, kóros állapotokban is gyakran kölcsönös hatással lehetnek egymásra. Kialakulásában haemodinamikai tényezőkön túl citokinek és microRNS-ek szerepét is igazolták. A CRS gyakran jár együtt hosszas kórházi kezeléssel, megnövekedett rehospitalizációs valószínűséggel. A CRS-t a fokozott morbiditás és mortalitás prediktív markereként is gyakran használják. Az utóbbi évtizedben a CRS esetszámainak, és az előrehaladott stádiumban érkező betegek arányának emelkedését tapasztaltuk kórházunkban.

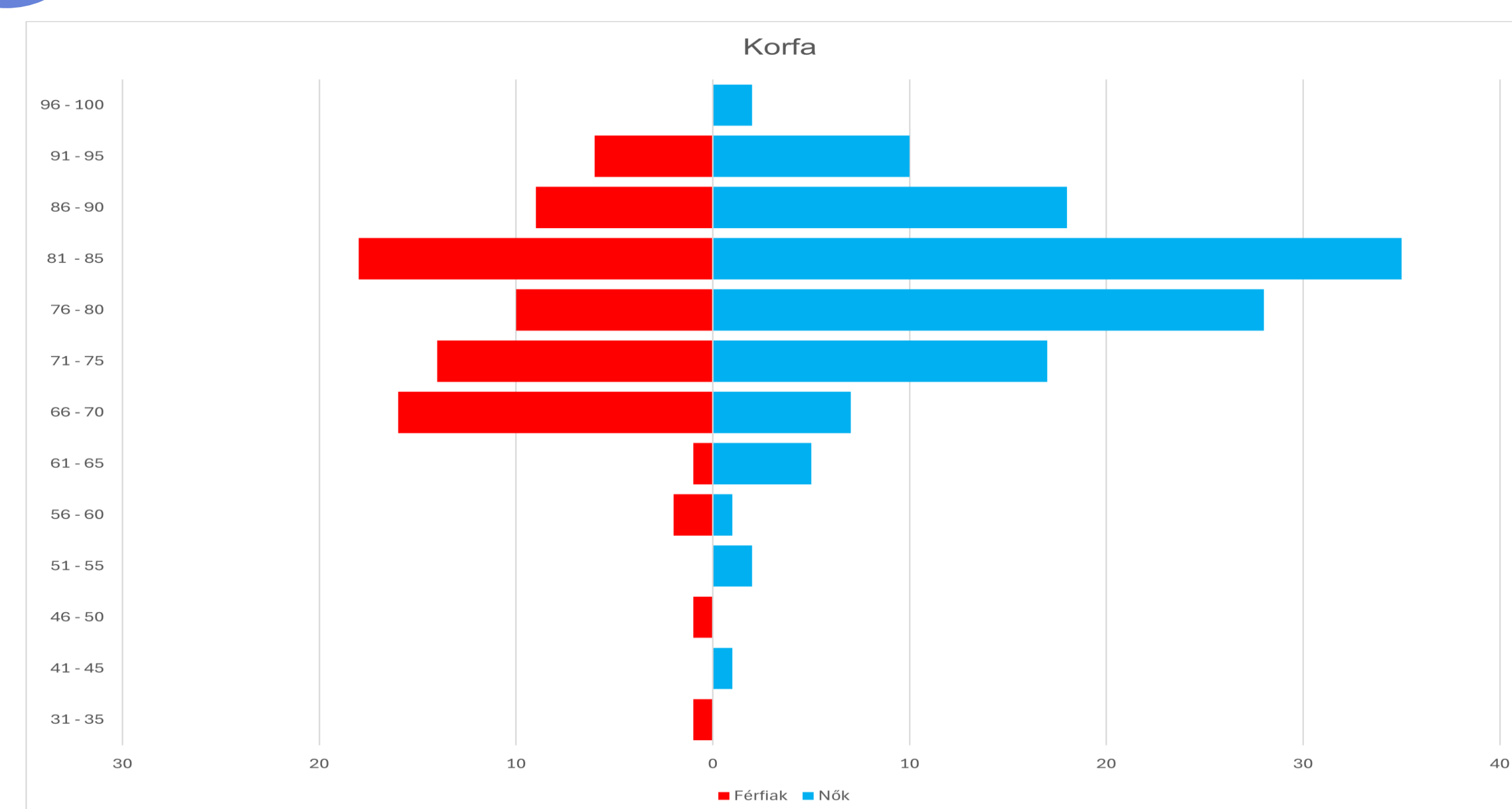
2 Célkitűzés

- Célkitűzésünk a CRS jelentőségének meghatározása kórházunk betegellátásában az egyes kardiorenális betegségtípusok, valamint a nem, az életkor és a társbetegségek epidemiológiai adatainak, illetve azok összefüggéseinek feltárásával.

3 Betegek és módszerek

- Kórházunk belgyógyászati osztályairól és központi intenzív osztályáról a NEAK-nak jelentett adatállományából az azokban lévő BNO kódok alapján az idei év első három hónapjának betegrekordjait Excel munkafüzetbe válogattuk le, ha a kardiális és a renális kórosodást jellemző BNO csoportok együttesen fordultak elő. A törzsszámok alapján az egyes kórtörténeteket egyesével áttekintettük a Sanitas kórházi információs rendszerben. Ennek során meghatároztuk a CRS típusát, illetve kiszűrtük a nem CRS miatt kezelt eseteket. A rendelkezésre álló echocardiographiás leletek alapján a szívelégtelenség típusát, továbbá a legalacsonyabb eGFR értéket is bejegyeztük a betegrekordba. Az adatelemzést az SPSS programcsomagjával végeztük. Az életkor normalitási eloszlását a Kolmogorov-Szmirnov teszttel ellenőriztük. Miután a teszt a normalitási eloszlást igazolta, így az életkort átlag $\pm$ SD formában közöljük. A 16 változóban elhelyezett diagnózisokat halmazba rendeztük, és az ismétlődéseket kiszűrve készültek el a további adatelemzések. A kórházi exitus, továbbá a kardiorenális renális szindróma összefüggéseit rendre a logisztikus regresszió dichotom, illetve multinomiális változatával elemeztük. A keresztátlakban a Pearson-féle χ^2 próbát alkalmaztuk. A $p < 0,05$ értéket tekintettük szignifikánsnak.

4 Eredmények



1. Ábra Korfa (Age Pyramid) : A kardiorenális szindrómás betegek megoszlása nem és korcsoportok szerint A szindróma jellemzően az idősebb betegpopulációban fordult elő, az átlag életkor $78 \pm 9,83$ év volt

2025. január 1-e és március 31-e között 204 beteget vettek fel kórházunk belgyógyászati osztályaira és Központi Intenzív osztályára kardiorenális szindróma miatt. Az átlag életkor $78 \pm 9,83$ év volt (61,8 % nő, 38,2 % férfi) (1. ábra). A legtöbb beteg a 2-es (50,0%), a legkevesebb az 1-es típusba (9,3%) volt besorolható. A mortalitási arány 25,00 % volt. A halálozás eltérése az egyes kardiorenális típusok között szignifikáns volt. A leggyakoribb az 5. kardiorenális, a legritkább a 2-es típusban volt: 40,74 illetve 11,76%. A túlélés szignifikáns változói az életkor, a kardiorenális szindróma 1-es típusa (a logisztikus regresszió az 5. típushoz viszonyított) és a kórházi kezelés során fellépő minimális GFR: OR= 0,90 [0,86; 0,93] voltak (2. ábra) A nem és a szívelégtelenség típusa nem befolyásolták azt. A halálozást a társbetegségek is szignifikánsan befolyásolták. A leggyakoribb társbetegségek, amelyek a CRS-val és annak halálozásával összefüggésbe hozhatóak voltak, az atherosclerosis, az ischaemiás szívbetegség, az anaemia, a diabétesz, a pneumonia, a COPD, és a húgyúti fertőzés voltak. A kórházi kezelés hossza $6,22 \pm 4,92$ nap volt, nem volt szignifikáns összefüggés kimutatható más változókkal.

5 Következtetések

A CRS magas mortalitási aránnyal jár, melyek a nemzetközi adatokkal egyezők kórházunkban. A CRS főként az idős betegek között fordult elő. Adataink is bizonyítják, hogy a CRS fontos határterületi, általános belgyógyászati probléma. Számos más kórképpel, társbetegséggel együtt járhat, ezért bármely profilú belgyógyászati osztályon előfordulhat. Prognózisa rossz, ezért gyors felismerése elengedhetetlen a kimenetel javíthatósága végett.



2. Ábra A kórházi halálozás rizikótényezői kardiorenális szindrómában. Logisztikus regresszióval meghatározott Odds Ratio a konfidencia intervallumokkal. A túlélés szignifikáns változói az életkor, a kardiorenális szindróma 1-es típusa és a kórházi kezelés során fellépő minimális GFR voltak

Referenciák

- Kousa O, Rout P, Aslam A, et al. Cardiorenal Syndrome. [Updated 2025 June 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan
- Ajibowo AO, Okobi OE, Emore E, Soladoye E, Sike CG, Odoma VA, Bakare IO, Kolawole OA, Afolayan A, Okobi E, Chukwu C. Cardiorenal Syndrome: A Literature Review. Cureus. 2023 Jul