

Тезисы, принятые к публикации в сборнике тезисов XI Евразийского конгресса кардиологов

https://cardio-eur.asia/conferences/17_18_may_2023

АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ

Гаибова З.В.¹, Неъматзода О.², Нарзуллаева А.Р.³

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Таджикистан,

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», г. Душанбе, Таджикистан,

³ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить причины диагностических и тактических ошибок при феохромоцитоме (ФХЦ) и разработать лечебно-диагностический алгоритм с целью их профилактики.

Материал и методы:

Проанализированы допущенные ошибки при клинической и инструментальной диагностике, предоперационной подготовке и лечении 55 больных с ФХЦ. Женщин было 38 (69,1%), мужчин – 17 (30,9%). Средний возраст пациентов составил 35,9±6,2 лет. У 23 (41,8%) больных была отмечена правосторонняя локализация опухоли, у 29 (52,7%) – левосторонняя, двустороннее поражение надпочечников имело место у 3 (5,5%) пациентов. Длительность артериальной гипертензии (АГ) составляла от 6 месяцев до 10 лет, в среднем – 4,56±1,7 года.

Результаты:

В 52,7% случаев пациенты обратились за медицинской помощью спустя более трёх лет от появления первых симптомов заболевания. Причинами позднего обращения явились: недостаточное обследование пациентов на предмет симптоматического генеза АГ из-за низкой осведомлённости врачей первичного звена, самостоятельное применение гипотензивных препаратов, лечение пациентов народными целителями и знахарями. Ошибки в интерпретации результатов ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) отмечены в 7,3% случаях. При предоперационной подготовке у 7 пациентов были допущены тактические ошибки, когда вместо α -адреноблокаторов были назначены гипотензивные препараты другого класса, вследствие чего у 2 из них развился синдром «неуправляемой гемодинамики», закончившийся летальным исходом. При больших размерах образования в 5,5% случаев во время операции возникли ятрогенные повреждения нижней полой вены (НПВ) и сосудов правой почки. При гистологических исследованиях удалённых феохромоцитом частота неправильной интерпретации составила 3,6%, которая при повторных исследованиях была опровергнута.

Заключение:

Более чем в половине случаев при первичной диагностике и лечении ФХЦ были допущены различные ошибки, обусловленные нецеленаправленным обследованием пациентов, неправильной интерпретацией результатов лучевых методов исследования, неадекватной предоперационной подготовкой больных, а также допущением ятрогении. С целью своевременной идентификации обсуждаемой патологии у пациентов с АГ необходимо целенаправленное их обследование на предмет ФХЦ, включая ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и определение уровня гормонов, с дальнейшей коррекцией вторичной артериальной гипертензии с помощью базисных препаратов для предоперационной подготовки пациентов – селективных α -адреноблокаторов. С целью профилактики ятрогенного повреждения крупных сосудов и органов брюшинного пространства необходимо тщательное предоперационное изучение их взаимоотношения с

больных второй группы показатели вегетативного баланса были следующими: у 50,0% преобладание активности парасимпатической нервной системы ($p < 0,05$), у 33,3% – равновесие парасимпатической и симпатической нервной системы ($p < 0,05$) и у 16,7% преобладание активности симпатической нервной системы ($p > 0,05$)

Заключение:

Больные ишемической болезнью сердца с хронической сердечной недостаточностью и дезадаптивным ремоделированием левого желудочка имели более высокую частоту сердечных сокращений, снижение мощности высокочастотных волн спектра и преобладание парасимпатической нервной системы в вегетативном балансе в покое по сравнению с больными хронической сердечной недостаточностью и адаптивным ремоделированием левого желудочка, что следует учитывать при лечении и реабилитации.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Тагаева Д.Р., Камилова У.К., Закирова Г.А., Машарипова Д.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с дисфункцией почек.

Материал и методы:

В исследование были включены 128 больных ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены по NYHA функциональным классам (ФК) ХСН по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). 1-ую группу составили 32 больных со I ФК ХСН, 2-ую группу – 51 больных со II ФК ХСН и 3 группу – 44 больных с III ФК ХСН. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. В исследование не включались больные с сахарным диабетом. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКД-ЕРІ.

Результаты:

Анализ полученных данных показал, что у больных с I ФК ХСН показатель СКФ составил $86,4 \pm 9,5$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, со II ФК ХСН составил $77,1 \pm 16,4$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ и у больных с III ФК ХСН $65,3 \pm 12,0$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, соответственно. При этом больные СКФ < 60 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ составили 15,6% у больных с I ФК ХСН, 31,3% у больных со II ФК ХСН и 63,6% у больных с III ФК ХСН. Изучение показателей толерантности к физической нагрузке по результатам ТШХ в зависимости от функционального состояния почек выявило, что у больных СКФ ≥ 60 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ данный показатель составил $344,6 \pm 21,8$ м и у больных СКФ < 60 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – $235,0 \pm 8,24$ м. Показатель ШОКС у больных ХСН также характеризовал более тяжелое клиническое течение заболевания у больных СКФ < 60 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – $8,1 \pm 0,67$ баллов, по сравнению с группой больных СКФ ≥ 60 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, у которых данный показатель составил $5,6 \pm 0,51$ баллов, соответственно. Оценка КЖ больных по Миннесотскому опроснику показали, что суммарный индекс у больных с I ФК ХСН составил – $26,3 \pm 2,23$ баллов, у больных с II ФК ХСН – $35,7 \pm 1,98$ баллов, с III ФК ХСН – $46,9 \pm 3,46$ баллов, при этом он достоверно обратно коррелировал с результатами, полученными при проведении ТШХ ($r = -0,92$). Анализ показателей КЖ в зависимости от функционального состояния почек показал, что у больных СКФ ≥ 60 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ данный показатель составил $37,2 \pm 2,24$ баллов, у больных СКФ < 60 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – $49,4 \pm 5,13$ баллов.

Заключение:

Изучение взаимосвязи между клиническим течением, прогрессированием заболевания, качеством жизни, прогнозом жизни у больных ХСН с дисфункцией почек выявило прямую корреляционную связь высокой степени между параметрами ТШХ и рСКФ, обратную корреляционную связь с параметрами качества жизни.

114,2±92,7 мкг/л до 60,7±38,7 мкг/л, КНТЖ с 36,1±14,4% до 27,5±11,5% и повышение RDW с 59,9±7,9 пг до 66,3±6,4 пг соответственно. Уровень ЭПО у пациентов с ХСН и иМТ достоверно увеличивался по мере нарастания ФК ХСН с 8,1±5,7 МЕ/мл при ПФК до 34,0±32,7 МЕ/мл при IV ФК, ДЖ выявлен у 102 (78%) пациентов с ХСН и иМТ (74Ж и 28М). У пациентов с ХСН и иМТ с ДЖ достоверно ниже по сравнению с лицами без сопутствующего ДЖ уровень Fe – 15,4±6,8 мкмоль/л против 20,0±5,9 мкмоль/л, FER – 62,7±37,4 мкг/л против 185,5±84,3 мкг/л, КНТЖ – 30,0±13,3% против 41,5±10,7%. Кроме того, на фоне сопутствующего ДЖ у пациентов с ХСН и иМТ отмечалось достоверное снижение уровня HGB – 132,3±17,3 г/л против 135,9±16,1 г/л, MCV – 83,3±8,7 фл против 86,9±6,0 фл, MCH – 29,0±3,1 пг против 30,6±2,2 пг, соответственно. Уровень ЭПО у пациентов с ХСН и иМТ с сопутствующим ДЖ был достоверно выше по сравнению с лицами без ДЖ – 17,7±15,6 МЕ/мл против 4,1±2,4 МЕ/мл, соответственно. По группе в целом установлены достоверные отрицательные корреляции средней силы между уровнем ЭПО и Fe, FER, КНТЖ, HGB, HCT, MCHC и положительные корреляции между уровнем ЭПО и RDW в %.

Заключение:

У пациентов с ХСН и иМТ на фоне нарастания ФК ХСН отмечается снижение уровня Fe, FER, КНТЖ и увеличение уровня ЭПО. ДЖ выявлен у 78% пациентов с ХСН и иМТ. На фоне сопутствующего ДЖ у пациентов с ХСН и иМТ отмечается снижение уровня Fe, FER, КНТЖ, HGB, MCV и MCH, а также повышение уровня ЭПО. Своевременная диагностика ДЖ у лиц с ХСН и иМТ и его коррекция может способствовать улучшению качества жизни таких пациентов.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Машарипова Д.Р.¹, **Камилова У.К.**¹, **Каримов Х.Я.**², **Бобоев К.Т.**²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан,

²Республиканский специализированный научно-практический центр гематологии, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности полиморфизма гена АПФ у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) узбекской национальности зависимости от дисфункции почек (ДП).

Материал и методы:

Всего было обследовано 136 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I, II и III ФК ХСН. Средний возраст больных составил 58,8±4,7 лет. По классификации NYHA больные с I ФК составили 25 (18,4%), II – ФК 69 (50,7%) и III ФК ХСН 42 (30,9%) больных. 60 (44,1%) составили пациенты с рСКФ<60 мл/мин и 76 (55,9%) пациентов с рСКФ более 60 мл/мин. Молекулярно-генетические исследования проведены у 114 больных с I-III ФК ХСН (18 больных с I ФК, 61-II ФК, 35-III ФК) с определением различий частоты распределения аллелей и генотипов I/D полиморфизма гена АПФ. Контрольную группу составили 51 здоровых лиц в отделе молекулярной медицины и клеточной технологии Республиканского специализированного научно-практического центра гематологии.

Результаты:

Анализ показал, что частота встречаемости I и D аллелей I/D полиморфизма гена АПФ в подгруппе больных СКФ≤60 мл/мин составляла 43,3% и 56,67%, в контрольной выборке 59,8% и 40,2%, соответственно. Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов, риск развития ХСН у носителей неблагоприятного “D” аллеля был достоверно в 1,5 раза выше, чем у носителей дикого аллеля “I” ($\chi^2=55,0$; $p<0,05$; OR=79,8; 95% CI10.7-590.6). По частоте встречаемости генотипов I/D полиморфизма гена АПФ наблюдается