



КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОЗ – КАК ПРАВИЛЬНО СТАВИТЬ?

В.В. Фомин

член-корреспондент РАН, профессор

проректор по лечебной работе



ДИАГНОЗ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА:

- ✓ нозологический всегда должен идти вслед за синдромальным?
- ✓ обязательно подтверждение всеми возможными тестами?
- ✓ принцип доктора Хауса/Рихтера или работа команды?
- ✓ на каком курсе и как учить ставить диагноз?
- ✓ заменит ли врача искусственный интеллект?

ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Частота госпитализаций, обусловленных ортостатической гипотензией	36 на 100000
Частота госпитализаций, обусловленных ортостатической гипотензией, у лиц старше 75 лет	233 на 100000

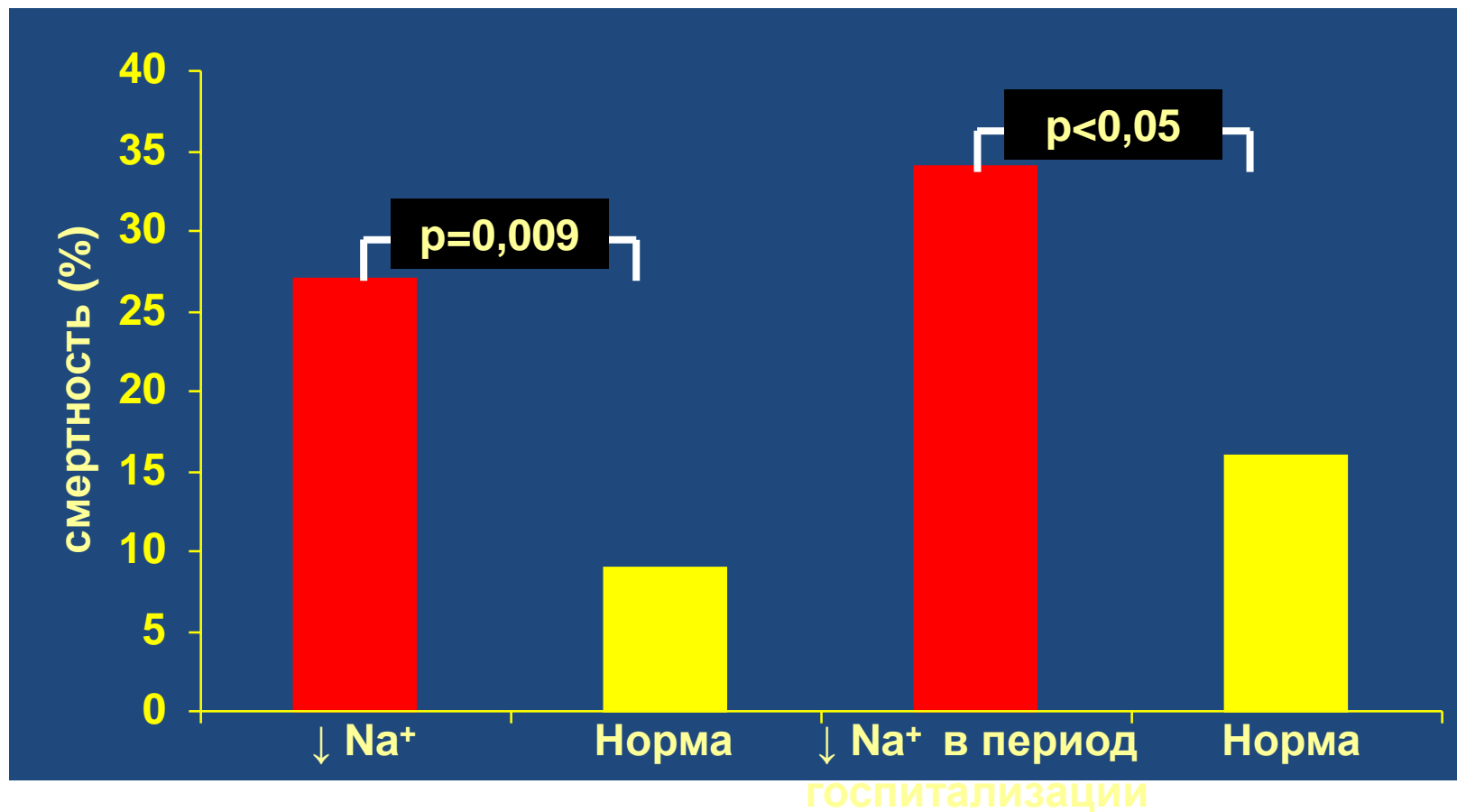
*Shibao C., Grijalva C.G., Raj S.R. et al.
Am. J. Med. 2007; 120(11): 975-980*

ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ (n=100)

Неврологические заболевания	38%
Предшествующая АГ	36%
Гиперлипидемия	31%
ИБС и сердечные аритмии	45%
Злокачественные опухоли	28%
Постпрандиальная гипотензия	83%
Ночная АГ	84%
Протеинурия	30%
Гиперкреатининемия	27%
Гипертрофия левого желудочка	20%

*Ejaz A.A., Haley W.E., Wasiluk A. et al.
Mayo Clin Proc. 2004; 79(7): 890-894*

ГИПОНАТРИЕМИЯ ДОСТОВЕРНО УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК СМЕРТИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ (n=208)



*Gill G., Huda B., Boyd A. et al.
Clin. Endocrinol. (Oxf.). 2006; 65(2):246-249*

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ГИПОНАТРИЕМИИ ВО ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Прием тиазидовых диуретиков	$p=0,002$
Хирургическое вмешательство	$p<0,001$
Препараты, стимулирующие продукцию АДГ	$p=0,04$
Внутривенные инфузии гипотонических растворов	$p=0,01$

*Hoorn E.J., Lindemans J., Zietse R.
Nephrol. Dial. Transplant. 2006; 21(1): 70-76*

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ, У КОТОРЫХ РАЗВИЛАСЬ ПОТРЕБОВАВШАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ТИАЗИД-ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПОНАТРИЕМИЯ

	Гипонатриемия	Нет гипонатриемии	p
Возраст, годы	76\pm9 (увеличение возраста на каждые 10 лет ассоциировано с ростом риска в 2 раза)	66\pm13	<0,001
Масса тела, кг	52,3\pm10,3 (снижение массы тела на каждые 5 кг ассоциировано с ростом риска на 27%)	63,4\pm10,3	<0,001

*Chow K.M., Szeto C.C., Wong T.Y. et al.
Q.J.M. 2003; 96(12): 911-917*

ПРИЗНАКИ САРКОИДОЗА В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
(n=320)

Признак	Число больных (n) / частота (%)
Лихорадка	92 (28,7%)
Артралгии/артриты	81 (25,2%)
Узловатая эритема	56 (17,5%)
Периферическая лимфаденопатия	18 (5,6%)
Спленомегалия	18 (5,6%)
Сухой синдром	6 (1,8%)

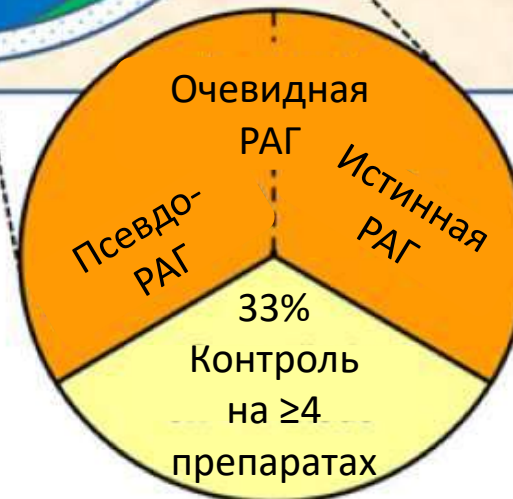
ЭТИОЛОГИЯ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ

	Частота (%)		
	Е.М. Тареев и соавт., 1986	A. Atanes et al., 1991 (n=160)	A. Mert et al., 2004 (n=50)
Туберкулез	3,1	6,3	18,0
Саркоидоз	65,6	20,6	12,0
Стрептококковая инфекция	4,7	16,3	16,0
Злокачественная опухоль	3,1	1,2	-
Лекарства	10,9	18,0	-
Болезнь Бехчета	1,6	1,3	2
ВЗК	-	0,6	4,0
Не установлена	4,7	32,5	46,0

Доля резистентной АГ в структуре повышения АД



Резистентная АГ: АД остается выше целевого, несмотря изменение образа жизни и применение **≥3 антигипертензивных препаратов** разных классов, один из которых диуретик



Выявление резистентной АГ (1)

Подтверждение резистентности к терапии

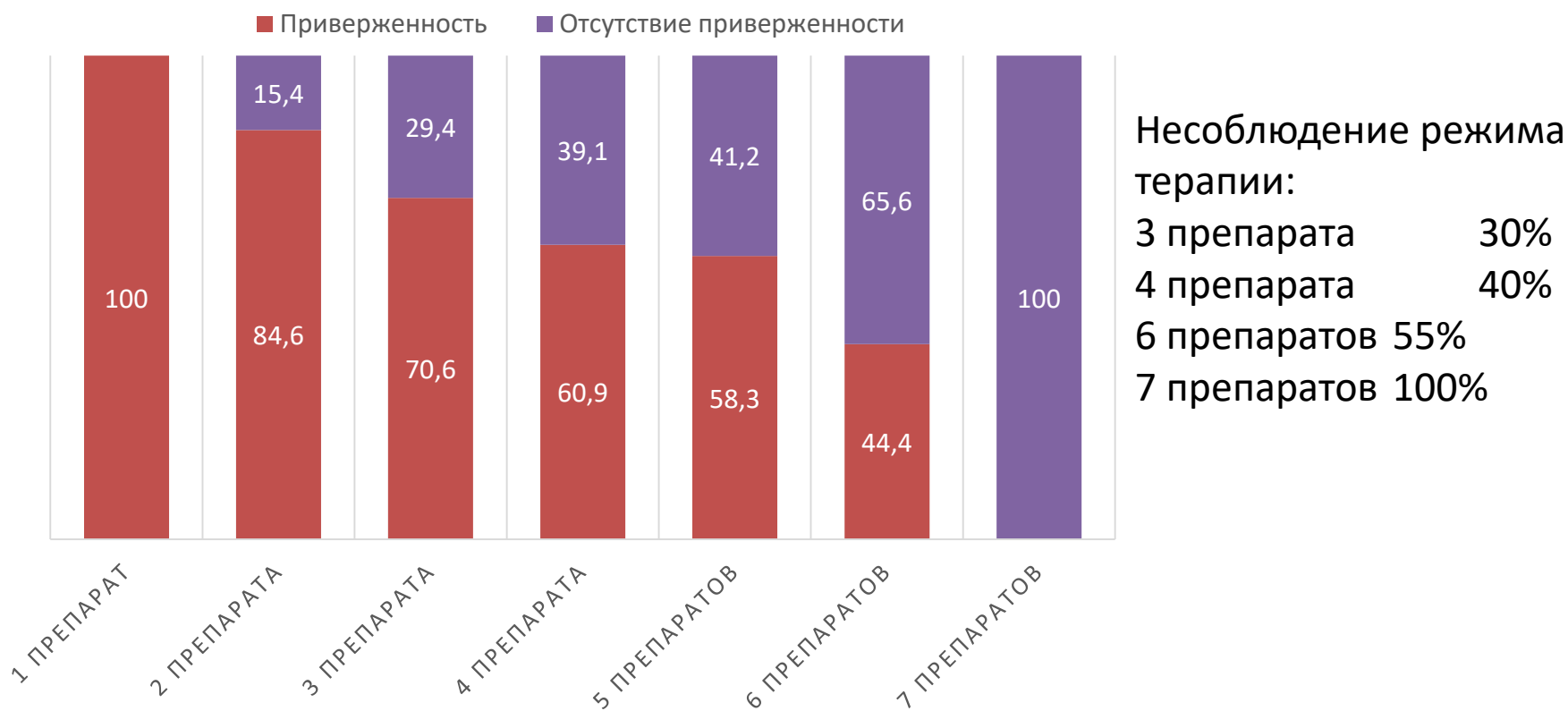
Офисное АД $>140/90$ или $140/85$ мм рт. ст. у пациентов с сахарным диабетом, назначение 3 или более антигипертензивных препаратов в оптимальных дозировках, в том числе диуретик, если это возможно, или офисное АД достигает целевого уровня, но пациенту требуется 4 или более антигипертензивных препаратов



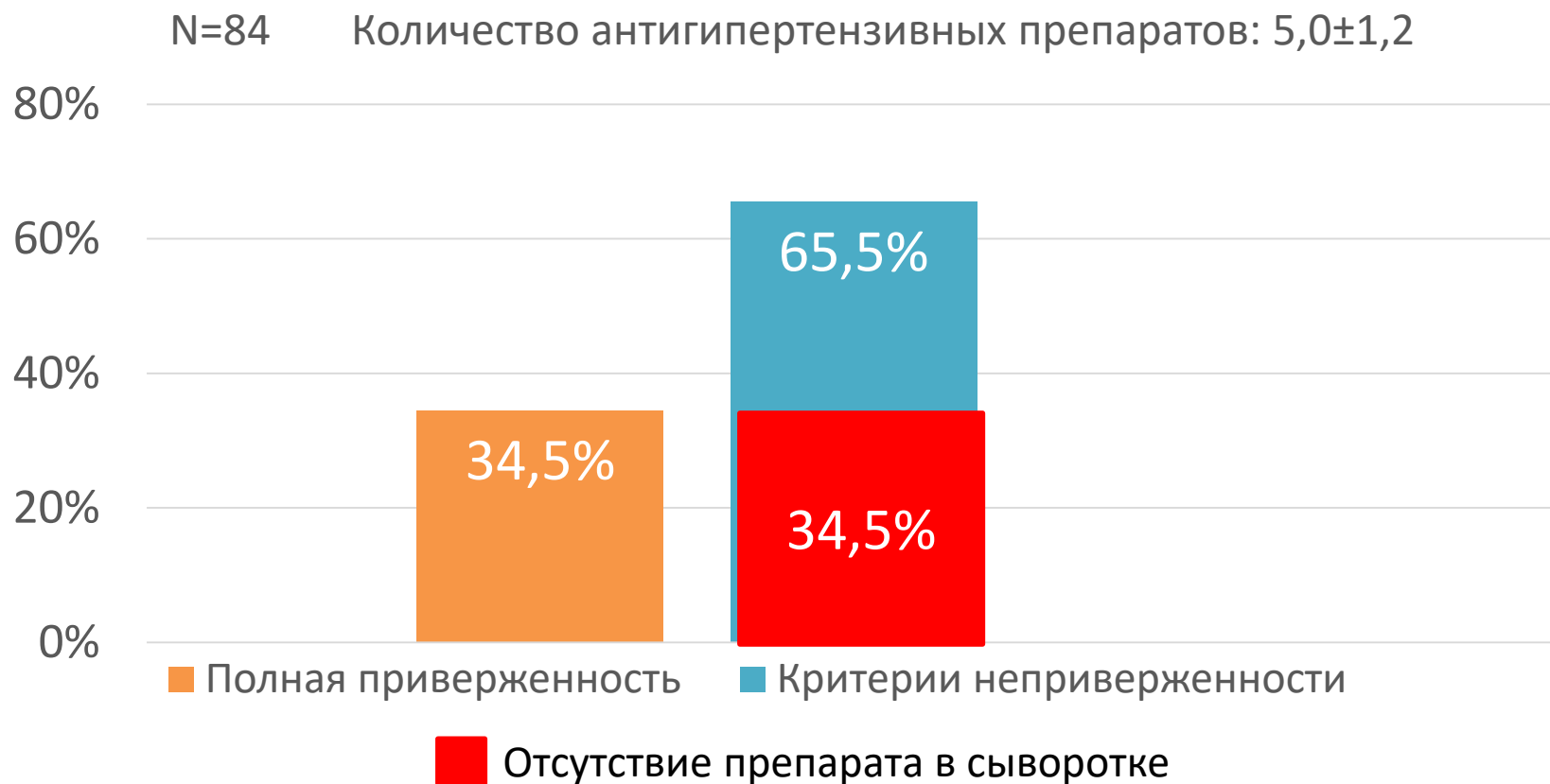
Исключение псевдорезистентности

Соблюдает ли пациент назначенный режим? Получение офисных домашних результатов измерения АД, а также СМАД для исключения синдрома белого халата

Снижение приверженности при увеличении количества принимаемых препаратов



Одна из важнейших проблем, связанных с резистентной АГ – (не)приверженность лечению



Выявление резистентной АГ (2)

Выявление и устранение способствующих факторов образа жизни

Ожирение
Отсутствие физической активности
Диета с высоким содержанием соли и низким содержанием клетчатки
Употребление алкоголя

Как это сделать и как быстро это сработает?

Отмена или сокращение приема препаратов, повышающих АД

Нестероидные противовоспалительные препараты
Симпатомиметические средства
Стимуляторы
Оральные контрацептивы
Солодка
Эфедрин

Лекарственные препараты, повышающие АД

- **Ненаркотические аналгетики**
 - Нестероидные противовоспалительные препараты (в т.ч. аспирин, парацетамол, ибупрофен)
 - Селективные ингибиторы ЦОГ-2 (COX-2)
- **Симпатомиметики (в т.ч. капли в нос)**
- Стимуляторы (амфетамин и производные)
- Алкоголь
- **Оральные контрацептивы**
- Циклоспорин А
- Эритропоэтин
- Лакрица
- Некоторые БАДы, в т.ч. содержащие эфедру



Выявление резистентной АГ (3)

Исключение вторичных причин гипертензии

Обструктивное апноэ во сне

Первичный альдостеронизм

Хроническая почечная недостаточность

Стеноз почечной артерии

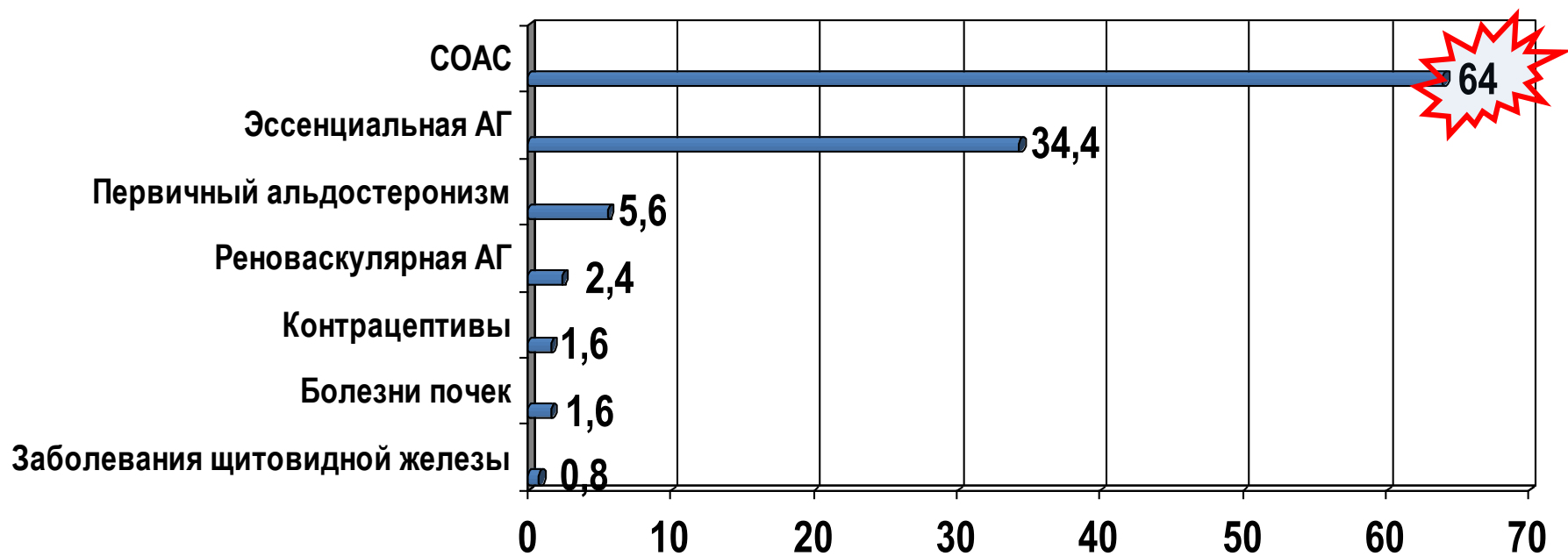
Феохромоцитома

Синдром Кушинга

Коарктация аорты



Причины формирования резистентной артериальной гипертензии



Вазоренальная АГ (ESC-2017)

Для диагностики вазоренальной АГ рекомендуются дуплексное ультразвуковое сканирование, КТ- или МР-ангиография	I B
При высокой вероятности вазоренальной АГ и сомнительных результатах неинвазивной диагностики — цифровая субтракционная ангиография	IIb C
Сцинтиграфия с каптоприлом, забор крови из почечных вен на ренин, определение АРП, тест с каптоприлом <u>не рекомендуются</u>	III B

Диагностика эндокринных артериальных гипертензий: ключевые исследования

- Гиперкортицизм: исследование **суточной экскреции кортизола с мочой**, малый дексаметазоновый тест (1 мг), определение ночного кортизола в слюне
- Первичный гиперальдостеронизм: исследование концентрации **альдостерона плазмы** крови (КАП) и активности **ренина плазмы** крови (АРП)
- Феохромоцитома: исследование суточной экскреции **метанефрина и норметанефрина** с мочой

Ошибки в диагностике эндокринных АГ

- Применение высокотехнологичных методов топической диагностики до подтверждения гормональной активности ПРЕЖДЕВРЕМЕННО!!!
- Несоблюдение правил забора крови
- Исследование широкого спектра гормональных показателей («гормональная панель»)

