

Значения клинико-anamnestических и лабораторных показателей были использованы в качестве входных параметров для разработанной нами программы. Количественная оценка качества работы программы проведена на основе выходных данных (вероятность наличия ИБС) и информации об установленном диагнозе ИБС.

Необходимо отметить, что у 42 (52,5%) пациентов согласно данным стационарных медицинских карт СД 2-го типа сочетался с различными формами ИБС. При этом у 4 (5%) пациентов ИБС была выявлена с помощью нами разработанной программы и подтверждена при проведении нагрузочных тестов (стресс-ЭхоКГ или ВЭП) и/или СМЭКГ.

С использованием ROC-анализа, с расчетом значений чувствительности, специфичности и площади под кривой (AUC) был проведен поиск оптимальной точки разделения по показателю вероятности наличия ИБС. Оптимальное значение показателя вероятности наличия ИБС, обладающее наивысшим значением чувствительности и специфичности, составило 67,5%. При использовании данного показателя чувствительность составила 91,8%, специфичность – 90,3%.

Таким образом, качество программы прогнозирования и верификации ИБС у пациентов с СД 2-го типа при использовании ее в реальной клинической практике можно оценить как отличное (AUC=0,949). Использование программы в повседневной клинической практике позволяет врачам-эндокринологам иметь настороженность в отношении своевременной диагностики асимптомных форм ИБС у пациентов с СД 2 типа и предпринимать адекватные лечебно-диагностические меры для предотвращения ССО и смертности у этой, обладающей высочайшим кардиоваскулярным риском, категории больных.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРМЕТАНЕФРИНЕМИЕЙ

М.П. Каплиева¹, И.Г. Савастеева², К.К. Зекенова²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

²ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Феохромоцитома – опухоль, которая встречается примерно у 1 % пациентов с артериальной гипертензией. Распространенность феохромоцитомы оценивается разными исследователями с разбросом данных на порядок и составляет от 1 на 10 тысяч до 1 на 200 тысяч населения, заболеваемость – 1 наблюдение на 2 миллиона человек в год.

Для подтверждения диагноза феохромоцитомы измеряют уровень катехоламинов в плазме. Однако, уровень катехоламинов может повышаться и в отсутствие феохромоцитомы при тревожных состояниях, уменьшении объема циркулирующей крови, ацидозе, артериальной гипотонии, гипоксии, физической нагрузке, курении, почечной недостаточности, повышенном внутричерепном давлении, ожирении, а также на фоне лечения леводофой, метилдофой, гистамином, глюкагоном.

Наиболее информативными в диагностике феохромоцитомы и мониторинге пациентов в процессе лечения являются лабораторные методы определения стойких метаболитов катехоломинов – метанефрина и норметанефрина.

Среди пациентов эндокринологического отделения ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека» в период с 2008 по 2013 год были проанализированы клинико-лабораторные данные 26 человек с повышенными значениями концентрации общих метанефринов в сыворотке крови.

Анализ по возрасту показал, что наибольшее число пациентов было в возрастной группе 50-59 лет (35%), что в 8,8 раз выше, чем в возрастной группе 30-39 лет (4%). Средний возраст пациентов составил 57±12,3 лет.

По результатам исследования феохромоцитома чаще встречалась у женщин – в 17 случаях из 26 (65%). Пациентов мужского пола – 9 человек (35%). По социальному составу городские жители составили 77% (20 человек), сельские жители 23% (6 человек).

При анализе нами были выявлены следующие клинические и лабораторно-инструментальные симптомы. По частоте встречаемости составлен рейтинг показателей:

1. Повышенный уровень метанефринов – в 26 случаях (100%);
2. Структурная патология при визуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) – в 26 случаях (100 %);
3. Повышенное АД – в 24 случаях (92%);
4. Головная боль – в 20 случаях (77%);

5. Утомляемость, слабость – в 19 случаях (73%);
6. Повышенная потливость – в 16 случаях (61%);
7. Сердцебиение – в 14 случаях (54%);
8. Боли в области сердца – в 6 случаях (23%);
9. Снижение массы тела – в 5 случаях (19%);
10. Тошнота, рвота – в 4 случаях (15%);
11. Резкая боль в животе – в 3 случаях (11%);

В результате проведенного анализа была выделена триада наиболее значимых клинических симптомов: повышенное АД; головная боль; утомляемость, слабость. Это в совокупности с лабораторно-инструментальными данными: повышенный уровень метанефринов, структурная патология при визуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) послужило основой для диагностики феохромоцитомы.

У 24 (92%) пациентов с повышенным АД продолжительность заболевания составила от 2 до 11 лет. Средняя длительность заболевания составила $6,55 \pm 4,54$ лет. По клиническим формам заболевания пациенты с феохромоцитомой распределились следующим образом:

1. С пароксизмальной формой АГ (среднее систолическое АД во время приступа $208 \pm 11,3$ мм рт.ст.) – в 16 случаях (61%);
2. Со смешанной формой АГ (на фоне пароксизмального повышения АД в межприступном периоде отмечалось повышенное систолическое АД до $149,5 \pm 16,3$ мм рт. ст.) – в 8 случаях (31%);
3. С нормальным АД – 2 человека (8%).

Определение общей концентрации метанефринов (метанефрина и нор-метанефрина) в плазме проводилось один раз всем пациентам. В обследуемой группе пациентов с феохромоцитомой ($n=26$) средний уровень метанефрина в плазме составил $420,03 \pm 111,04$ пг/мл, норметанефрин – $938,4 \pm 315$ пг/мл.

У пациентов с объемными образованиями надпочечников и АГ ($n=24$) средний уровень метанефрина составил $435,01 \pm 105$ пг/мл, норметанефрина – $973,7 \pm 330,2$ пг/мл. У пациентов с объемными образованиями надпочечников и без АГ ($n=2$) средний уровень метанефрина – 240 ± 75 пг/мл, норметанефрин – 520 ± 140 пг/мл, что значительно превышает референсные значения. Референсные значения метанефрина в плазме 17-90 пг/мл, норметанефрина 23-180 пг/мл.

У всех пациентов с феохромоцитомой отмечено увеличение хотя бы одного из показателей метанефринов более 110 % от верхней границы референсного интервала.

В среднем превышение уровня общих метанефринов по отношению к верхней границе нормы составило для метанефрина 466 %, для норметанефрина – 521%. Повышение уровня норметанефрина при нормальных значениях метанефрина выявлено у 1 пациента – (3,8%). Повышение уровня метанефрина при нормальных значениях норметанефрина выявлено у 6 пациентов – (23,1%). Повышение обоих показателей отмечено у 19 пациентов – 73,1%.

Таким образом, для диагностики феохромоцитомы верифицирующими данными являются повышенный уровень метанефринов и норметанефринов в сыворотке крови. Вероятность выявления феохромоцитомы этим методом настолько высока, что проведение дополнительных лабораторных тестов не требуется, и следующая задача – определение локализации опухоли.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МАРШЕВОЙ ПРОБЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА

М.П. Каплиева, А.А. Укла

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Первичный гиперальдостеронизм – заболевание вследствие гиперсекреции альдостерона при аденоме или гиперплазии коры надпочечника, реже – при раке надпочечника. Ведущим клиническим симптомом гиперальдостеронизма является артериальная гипертензия (АГ), резистентная к традиционной гипотензивной терапии.

В синдроме первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) для определения лечебной тактики необходимо провести дифференциальный диагноз между одиночной альдостеронпродуцирующей аденомой (АПА) надпочечника и двусторонней диффузноузелковой гиперплазией клубочковой зоны надпочечника – идиопатический альдостеронизм (ИГА).