

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024
УДК 616.131-008:616-021.2-07-084
DOI 10.59598/МЕ-2305-6045-2024-112-3-59-66

Д. Ж. Тайжанова¹, Т. Т. Нурписова^{1, 2*}, Н. К. Кульмырзаева²

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Кафедра внутренних болезней НАО «Медицинский университет Караганды» (100000, Республика Казахстан, г. Караганда, ул. Гоголя, 40; e-mail: info@qmu.kz)

²Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан (010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Мангилик Ел, 80; e-mail: togzhan.tolegenkyzy@mail.ru)

***Тогжан Тoleгенқызы Нурписова** – НАО «Медицинский университет Караганды», врач-кардиолог Больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан; 010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Мангилик Ел, 80; e-mail: togzhan.tolegenkyzy@mail.ru

Введение. Идиопатическая (первичная) легочная артериальная гипертензия – редкое прогрессирующее заболевание, сокращающее жизнь, обычно диагностируемое на поздней стадии. Поэтому крайне важно иметь низкий порог для подозрения легочной гипертензии у пациентов и как можно раньше направлять их в специализированные центры для диагностического обследования и лечения. Эхокардиография является методом выбора при оценке легочной гипертензии.

Цель работы. Определить причины позднего установления диагноза идиопатической (первичной) легочной артериальной гипертензии.

Материалы и методы. С помощью разработанной анкеты были опрошены 41 пациент мужского и женского пола в возрасте 18 лет и старше, которым был установлен достоверный диагноз идиопатической легочной артериальной гипертензии.

Результаты и обсуждение. Диагноз идиопатической легочной артериальной гипертензии в клинической практике ставился в среднем через 7,1±6,0 г. от появления первых симптомов заболевания. В 95% случаев заболевание дебютировало с одышки при физической нагрузке. Чаще всего развитию заболевания предшествовала острая респираторно-вирусная инфекция. Всем пациентам на момент первого обращения была проведена диагностическая эхокардиография, однако диагноз установлен лишь у 56% пациентов.

Выводы. Причины позднего установления диагноза идиопатической легочной артериальной гипертензии: характер течения заболевания в дебюте и ошибки в диагностике.

Ключевые слова: идиопатическая легочная артериальная гипертензия; диагностика; эхокардиография; легочная гипертензия

ВВЕДЕНИЕ

Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) – редкое заболевание, связанное с неблагоприятным прогнозом в связи с повышением давления в малом кругу кровообращения.

Формы его проявления разнообразны и включают в себя идиопатическую (первичную, спорадическую) ЛАГ (ИЛАГ), причина которой неизвестна [7].

Распространенность и заболеваемость ИЛАГ различаются в зависимости от страны и региона и составляют 5-20 случаев на миллион и 1,0-3,3 случая на миллион населения в год соответственно [5, 7, 8]. Обычно считалось, что ЛАГ поражает преимущественно молодых людей, в основном женщин. Более того, женский пол является фактором риска развития ЛАГ, хотя у женщин

выживаемость выше, чем у мужчин [2]. ИЛАГ часто имеет быстро прогрессирующий и даже злокачественный характер течения. Период от начала болезни до момента установления диагноза по данным российских ученых составляет около двух лет. Это совпадает с данными зарубежных регистров: 2,03 г. – в США, 2,19 г. – в Китае, 2,25 – во Франции [1]. В этой связи проблема ранней диагностики остается актуальной не только в нашей стране, но и за рубежом.

Такие симптомы ИЛАГ, как одышка, утомляемость, слабость и учащенное сердцебиение и другие, неспецифичны. При этом клинические признаки малозаметны до тех пор, пока болезнь не прогрессирует. Для достижения наилучших результатов важным условием является ранняя

диагностика и начало терапии. Однако из-за неспецифичности клинической картины, ИЛАГ часто протекает под маской других состояний, что приводит к задержке постановки диагноза или ошибочному диагнозу. Это определяет необходимость поиска низкого порога критериев по предположению ИЛАГ и своевременному направлению пациентов в специализированные центры для окончательной диагностики и лечения [4].

Ведение пациентов с ИЛАГ во многом зависит от установления точного диагноза и выявления основной причины на ранней стадии. В этой связи для клиницистов является важным разработка алгоритма скрининга для выявления пациентов с ИЛАГ до манифестации заболевания.

Эхокардиография (ЭхоКГ) является ключевым инструментом скрининга, позволяет оценить давление в легочной артерии и исключить многие вторичные причины легочной гипертензии. Кроме того, ЭхоКГ используется для оценки прогноза, вариантов лечения, мониторинга эффективности конкретных терапевтических вмешательств и для выявления доклинических стадий заболевания. Все изложенное определяет важность разработки ранних критериев, определяющих показания к ЭхоКГ для диагностики ИЛАГ, что является ключевой проблемой в реальной клинической практике.

В отечественной литературе не представлены научные исследования, направленные на изучение причин поздней диагностики ИЛАГ. В этой связи целью исследования была оценка причин позднего установления диагноза ИЛАГ в реальной клинической практике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Была разработана анкета для пациентов с ИЛАГ. Опросник состоит из разделов, включающих в себя паспортную часть, вопросы о первых симптомах заболевания, возраст на момент дебюта заболевания и установления диагноза, возможные причины возникновения заболевания, методы обследования на амбулаторном этапе и дополнительные вопросы, раскрывающие психосоциальный статус пациентов.

Дизайн исследования проведенного исследования – проспективный.

Обследованы пациенты старше 18 лет, которым был обоснован клинический диагноз: идиопатическая легочная артериальная гипертензия. Заключительный диагноз устанавливался в соответствии с алгоритмом, предложенным национальными и международными рекомендациями по диагностике и лечению легочных гипертензии (ЛГ) при АО «Национальный научный кардиохирургический центр» (г. Астана, Республика Казахстан). В качестве диагностических крите-

риев ИЛАГ использовали повышение среднего давления в легочной артерии (ДЛАср) ≥ 20 мм рт. ст. и давления заклинивания в легочной артерии (ДЗЛА) ≤ 15 мм рт. ст. в покое по данным монотометрии, проведенной во время диагностической катетеризации правых отделов сердца. Всего было опрошено 41 больных: 5 (12,2%) мужчин и 36 (87,8%) женщин, средний возраст которых составил $29,5 \pm 6,7$ г.

Научное исследование было одобрено Этическим комитетом НАО «Медицинский университет Караганды» (протокол №62 от 12.04.2021).

Статистический анализ проводился с использованием IBM SPSS Statistics версии 27 (IBM Corporation, 2020). Первоначально была исследована одномерная статистика, чтобы описать исследуемую выборку, определить, являются ли значения всех переменных правдоподобными, и проверить наличие недостающих данных. Для непрерывных данных (например, возраста) были представлены средние значения (M) и стандартные отклонения (CO), тогда как для категориальных данных отображались частоты (n) и проценты (%). На втором этапе двумерные связи между результатом и независимыми переменными оценивались с помощью отношения шансов (ОШ). Доверительные интервалы (95%ДИ) использовались для выявления статистически значимых связей с результатом. В конце концов мы применили бинарную логистическую регрессию для измерения многомерных ассоциаций с переменной ответа. Мы включили все переменные, имеющие практическую и статистическую значимость, в полную модель и использовали метод обратного исключения для разработки оптимальной модели. Переменные, которые были значимо связаны с результатом, были сохранены в окончательной модели.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Диагноз ИЛАГ устанавливался в среднем через $7,1 \pm 6,0$ г. от появления первых симптомов заболевания. Высшее образование имели 29 (70,3%) пациентов, среднеспециальное – 12 (29,3%) обследованных. При оценке социальной занятости неработающими были 13 (31,7%) пациентов, работающими – 28 (68,3%). В качестве триггеров манифестации заболевания определили: беременность – у 2 (4,9%) пациенток, послеродовой период – у 12 (29,3%), медицинский аборт – у 2 (4,8%), перенесенное острое респираторное заболевание (ОРВИ) – у 12 (29,3%), сильный психосоциальный стресс – у 20 (48,8%). При этом среди респондентов не было выявлено взаимосвязи с интеркуррентными инфекциями, в том числе с острой пневмонией, а также физическими нагрузками высокой интенсивности.

Следует отметить, что при оценке генетического анамнеза, ИЛАГ ближайших родственников (1 – 3 линия родства) установлена у 2 (4,9%) обследованных, случаи внезапной сердечной смерти – у 5 (12,2%).

Обращает на себя внимание тот факт, что на этапе манифестации заболевания клинические признаки были неспецифичными. В качестве наиболее частого симптома отмечена одышка при физической нагрузке (95%), слабость (85%) и утомляемость (69%).

Следует отметить, что всем пациентам на период первого обращения была проведена диагностическая ЭхоКГ. При этом ЛГ была диагностирована лишь у 56% пациентов.

В таблице 1 показаны двумерные связи между установлением диагноза ИЛАГ на ЭхоКГ и социально-демографическими характеристиками исследуемой выборки. Анализ показал, что верифицированный диагноз по результатам ЭхоКГ достоверно связан с возрастом (OR = 1,33, 95% ДИ = 1,17 – 2,10), уровнем образования пациента (OR = 3,83, 95% ДИ = 1,40 – 16,26). Однако статистически значимой связи между установленным диагнозом ИЛАГ по ЭхоКГ с полом (OR = 4,50, 95% ДИ = 0,65 – 31,37) и профессиональным родом занятий (OR = 1,11, 95% ДИ = 0,27 – 4,67) не выявлено.

Двумерный анализ показал взаимосвязь между установлением диагноза ИЛАГ и другими характеристиками выборки (табл. 2).

Результаты свидетельствуют о наличии статистически значимой взаимосвязи между установле-

нием диагноза ИЛАГ с перенесенными острыми респираторными вирусными инфекциями (ОШ = 6,72, 95%ДИ = 1,36-59,48). Верификация ИЛАГ не была значимо связана с приемом препаратов, фактом беременности, медицинскими хирургическими манипуляциями, в том числе медицинским абортom. Кроме того, не установлена значимая взаимосвязь между показателями ИЛАГ с психоэмоциональным стрессом (ОШ = 2,46, 95% ДИ = 0,60–10,04) и фактом систематического употребления алкоголя (ОШ = 0,35, 95% ДИ = 0,06 – 2,03).

В таблице 3 показаны двумерные связи между установлением ИЛАГ и первыми клиническими симптомами. Так, констатировано, что диагноз был установлен у пациентов с жалобами на кашель (ОШ = 4,67, 95% ДИ = 1,17–25,14), учащенное сердцебиение (ОШ = 2,83, 95% ДИ = 1,29 – 11,60), однако не выявлена взаимосвязь с другими клиническими симптомами.

Результаты многомерного анализа с оценкой множественных связей между установлением диагноза ИЛАГ и вышеуказанными значимыми предикторами (табл. 4) показали, что возраст пациента связан с более высокими шансами правильного диагноза по ЭхоКГ (ОШ = 1,79; 95% ДИ = 1,19–2,68). Пациенты с высшим образованием имели более высокий шанс раннего установления диагноза (ОШ = 16,67; 95% ДИ = 1,66 – 67,06) по сравнению с пациентами со средним образованием. Аналогичным образом, пациенты с анамнезом начала первых симптомов после перенесенного ОРВИ имели высокую степень установления диа-

Таблица 1 – Двумерные связи между эхокардиографией и социально-демографическими характеристиками выборки исследования (n=41)

Параметр	Пациенты, которым диагностирована ЛГ на ЭхоКГ (n=29)		Пациенты, которым не диагностирована ЛГ на ЭхоКГ (n=12)		ОШ	95%ДИ
	абс.	%	абс.	%		
Возраст	44.31	11.71	39.92	13.42	1.33	1.17-2.10
Пол						
Мужской	2	6.9	3	25.0	РЕФ	РЕФ
Женский	27	93.1	9	75.0	4.50	0.65-31.37
Образование						
Среднее	6	20.7	6	50.0	РЕФ	РЕФ
Высшее	23	79.3	6	50.0	3.83	1.40-16.26
Занятность						
Безработный	9 (31.0%)		4	33.3	РЕФ	РЕФ
Работает	20 (69.0%)		8	66.7	1.11	0.27-4.67

Примечание: результаты представлены как М для непрерывных данных, n (%) для категориальных данных. ЭхоКГ – эхокардиография; ОШ – отношение шансов; ДИ – доверительный интервал; РЕФ – референтная группа

Клиническая медицина

Таблица 2 – Двумерные связи между установлением диагноза на ЭхоКГ и данными пациентов

Параметр	Пациенты, которым диагностирована ЛГ на ЭхоКГ (n=29)		Пациенты, которым не диагностирована ЛГ на ЭхоКГ (n=12)		ОШ	95% ДИ
	абс.	%	абс.	%		
ЛАГ у родственников						
Нет	27	93.1	12	100.0	РЕФ	РЕФ
Да	2	6.9	0	0.0	6.956e+6	0.00-infinity
Внезапная смерть						
Нет	24	82.8	12	100.0	РЕФ	РЕФ
Да	5	17.2	0	0.0	2.127e+7	0.00-infinity
Прием препаратов						
Нет	26	89.7	9	75.0	РЕФ	РЕФ
Да	3	10.3	3	25.0	0.35	0.06-2.03
Беременность, аборт и т.д.						
Нет	16	55.2	9	75.0	РЕФ	РЕФ
Беременность	1	3.4	1	8.3	0.56	0.31-10.12
Послеродовой	11	38.0	1	8.3	6.19	0.68-56.07
Аборт	1	3.4	1	8.3	0.56	0.31-10.12
ОРВИ						
Нет	18	62.07	11	91.67	РЕФ	РЕФ
Да	11	37.93	1	8.33	6.72	1.36-59.48
Пневмония						
Нет	29	100.0	12	100.0	РЕФ	РЕФ
Да	0	0.0	0	0.0	-	-
Стресс						
Нет	13	44.83	8	66.7	РЕФ	РЕФ
Да	16	55.17	4	33.3	2.46	0.60-10.04
Физическая нагрузка						
Нет	29	100.0	12	100.0	РЕФ	РЕФ
Да	0	0.0	0	0.0	-	-
Алкоголь						
Нет	26	89.66	9	75.0	РЕФ	РЕФ
Да	3	10.34	3	25.0	0.35	0.06-2.03
Курение						
Нет	29	100.0	12	100.0	РЕФ	РЕФ
Да	0	0.0	0	0.0	-	-

Примечание: ЭхоКГ – эхокардиография; ОШ – отношение шансов. ДИ – доверительный интервал; РЕФ – референтная группа

Таблица 3 – Двумерные связи между диагнозом на ЭхоКГ и начальными симптомами

Параметр	Пациенты, которым диагностирована ЛГ на ЭхоКГ		Пациенты, которым не диагностирована ЛГ на ЭхоКГ		ОШ	95%ДИ
	абс.	%	абс.	%		
Одышка при физической нагрузке						
Нет	1	3.4	1	8.3	РЕФ	РЕФ
Да	28	96.6	11	91.7	2.55	0.15-44.37
Одышка в покое						
Нет	23	79.3	9	75.0	РЕФ	РЕФ
Да	6	20.7	3	25.0	0.78	0.16-3.82
Боль в груди						
Нет	18	62.1	10	83.3	РЕФ	РЕФ
Да	11	37.9	2	16.7	3.06	0.56-16.62
Головокружение						
Нет	16	55.2	9	75.0	РЕФ	РЕФ
Да	13	44.8	3	25.0	2.44	0.55-10.90
Усталость						
Нет	6	20.7	3	25.0	РЕФ	РЕФ
Да	23	79.3	9	75.0	1.28	0.26-6.24
Отеки						
Нет	15	51.7	9	75.0	РЕФ	РЕФ
Да	13	48.3	3	25.0	2.60	0.58-11.69
Кашель						
Нет	15	51.7	10	83.3	РЕФ	РЕФ
Да	14	48.3	2	16.7	4.67	1.17-25.14
Сердцебиение						
Нет	12	41.4	8	66.7	РЕФ	РЕФ
Да	17	58.6	4	33.3	2.83	1.29-11.60
Утомляемость						
Нет	8	27.6	5	41.7	РЕФ	РЕФ
Да	21	72.4	7	58.3	1.88	0.46-7.66
Кровохарканье						
Нет	23	79.3	11	91.7	РЕФ	РЕФ
Да	5	20.7	1	8.3	2.39	0.25-23.01
Синкопы						
Нет	21	72.4	9	75.0	РЕФ	РЕФ
Да	8	27.6	3	25.0	1.14	0.25-5.33
Снижение веса						
Нет	23	79.3	10	83.3	РЕФ	РЕФ
Да	6	20.7	2	16.7	1.30	0.22-7.61
Другие						
Нет	24	82.7	10	83.3	РЕФ	РЕФ
Да	5	17.3	2	16.7	1.04	0.17-6.29

Примечание: ЭхоКГ – эхокардиография; ОШ – отношение шансов; ДИ – доверительный интервал; РЕФ – референтная группа

Таблица 4 – Многомерный анализ взаимосвязей с установлением диагноза на ЭхоКГ

Параметр	aOR	95% ДИ
Возраст	1.79	1.19-2.68
Образование		
Среднее	РЕФ	РЕФ
Высшее	16.67	1.66-67.06
ОРВИ		
Нет	РЕФ	РЕФ
Да	34.85	1.85-187.17

Примечание: aOR – скорректированное отношение шансов; ДИ – доверительный интервал; РЕФ – референтная группа

гноза ИЛАГ по ЭхоКГ (ОШ = 34,85; 95% ДИ = 1,85 – 187,17) по сравнению с пациентами, не имевшими перенесенные ОРВИ до постановки диагноза по критериям ЭхоКГ.

ВЫВОДЫ

В реальной клинической практике отмечается факт позднего установления диагноза идиопатической легочной артериальной гипертензии от времени манифестации первых клинических симптомов и продолжительность диагностического периода занимает в среднем 7 лет. Одними из важных причин являются скудность и неспецифичность клинических симптомов в начале заболевания. Такие симптомы, как одышка, кашель в дебюте заболевания у пациента молодого возраста зачастую рассматриваются под маской респираторных заболеваний верхних дыхательных путей. Шансы правильной верификации диагноза ИЛАГ увеличиваются с возрастом. При этом наиболее значимым триггером манифестации заболевания оказалось перенесенное острое респираторное заболевание. При устойчивых клинических симптомах в виде одышки, кашля, сердцебиения, особенно ассоциированных с перенесенной вирусной инфекцией, в диагностический алгоритм необходимо включать эхокардиографическое обследование и пациентам молодого возраста.

Вклад авторов:

Д. Ж. Тайжанова, Н. К. Кульмырзаева – концепция и дизайн исследования, редактирование.

Т. Т. Нурписова – сбор и обработка материала, формирование статьи, оформление, статистическая обработка.

Конфликт интересов. Все авторы ознакомлены с содержанием статьи и не имеют конфликта интересов.

Авторы заявляют, что данный материал не был заявлен ранее для публикации в других изданиях.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Чазова И. Е. Легочная артериальная гипертензия в России: анализ шестилетнего наблюдения по данным Национального регистра / И. Е. Чазова, О. А. Архипова, Т. В. Мартынюк // *Терапевт. арх.* – 2019. – №1. – С. 24-31.
- 2 A global view of pulmonary hypertension /M. M. Hoeper, M. Humbert, R. Souza et al. // *Lancet Respir. Med.* – 2016. – V. 4 (4). – Pp. 306-322.
- 3 Evidence-based detection of pulmonary arterial hypertension in systemic sclerosis: the DETECT study /J. G. Coghlan, C. P. Denton, E. Grunig et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 2014. – V. 73 (7). – Pp. 1340-1349.
- 4 Haddad R. N. An evidence-based approach to screening and diagnosis of pulmonary hypertension /R. N. Haddad, L. M. Mielniczuk // *J. Cardiol.* – 2015. – V. 31 (4). – Pp. 382-390.
- 5 Levine D. J. Pulmonary arterial hypertension: updates in epidemiology and evaluation of patients // *Am. J. Manag. Care.* – 2021. – V. 27 (3). – Pp. 35-41.
- 6 Molecular Analysis of BMPR2, TBX4, and KCNK3 and Genotype-Phenotype Correlations in Spanish Patients and Families With Idiopathic and Hereditary Pulmonary Arterial Hypertension / P. Navas, J. Tenorio, C. A. Quezada et al. // *Rev. Esp. Cardiol.* – 2016. – V. 69 (11). – Pp. 1011-1019.
- 7 Pulmonary arterial hypertension in France: results from a national registry /M. Humbert, O. Sitbon, A. Chaouat et al. // *Am. J. Respir. Crit. Care.* – 2006. – V. 173 (9). – Pp. 1023-1030.
- 8 Ruopp N. F. Diagnosis and Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Review / N. F. Ruopp, B. A. Cockrill // *JAMA.* – 2022. – V. 327 (14). – Pp. 1379-1391.

TRANSLITERATION

- 1 Chazova I. E. Legoch'naja arterial'naja gipertenzija v Rossii: analiz shestiletneho nabljudenija

po dannym Nacional'nogo registra //I. E. Chazova, O. A. Arhipova, T. V. Martynjuk //Terapevt. arh. – 2019. – №1. – S. 24-31.

2 A global view of pulmonary hypertension //M. M. Hoeper, M. Humbert, R. Souza et al. //Lancet Respir. Med. – 2016. – V. 4 (4). – Pp. 306-322.

3 Evidence-based detection of pulmonary arterial hypertension in systemic sclerosis: the DETECT study //J. G. Coghlan, C. P. Denton, E. Grunig et al. //Ann. Rheum. Dis. – 2014. – V. 73 (7). – Pp. 1340-1349.

4 Haddad R. N. An evidence-based approach to screening and diagnosis of pulmonary hypertension //R. N. Haddad, L. M. Mielniczuk //J. Cardiol. – 2015. – V. 31 (4). – Pp. 382-390.

5 Levine D. J. Pulmonary arterial hypertension: updates in epidemiology and evaluation of patients //Am. J. Manag. Care. – 2021. – V. 27 (3). – Pp. 35-41.

6 Molecular Analysis of BMPR2, TBX4, and KCNK3 and Genotype-Phenotype Correlations in Spanish Patients and Families With Idiopathic and Hereditary Pulmonary Arterial Hypertension / P. Navas, J. Tenorio, C. A. Quezada et al. //Rev. Esp. Cardiol. – 2016. – V. 69 (11). – Pp. 1011-1019.

7 Pulmonary arterial hypertension in France: results from a national registry //M. Humbert, O. Sitbon, A. Chaouat et al. //Am. J. Respir. Crit. Care. – 2006. – V. 173 (9). – Pp. 1023-1030.

8 Ruopp N. F. Diagnosis and Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Review / N. F. Ruopp, B. A. Cockrill //JAMA. – 2022. – V. 327 (14). – Pp. 1379-1391.

Поступила 23.08.2023.

Направлена на доработку 12.09.2023.

Принята 30.01.2024.

Опубликована online 30.09.2024

D. Zh. Taizhanova¹, T. T. Nurpissova^{1,2}, N. K. Kulmyrzaeva²*

ASSESSMENT OF FACTORS FOR LATE DIAGNOSIS OF IDIOPATHIC PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION IN REAL CLINICAL PRACTICE

¹Department of Internal Diseases of NC JSC «Karaganda Medical University» (100000, Republic of Kazakhstan, Karaganda, Gogol str., 40; e-mail: info@qmu.kz)

²Medical Center Hospital of the President's affairs Administration of the Republic of Kazakhstan (010000, Republic of Kazakhstan, Astana, Mangilik El avenue, 80; e-mail: togzhan.tolegenkyzy@mail.ru)

***Togzhan Tolegenkyzy Nurpissova** – Non-Commercial Joint Stock Company «Karaganda Medical University», cardiologist at the Medical Center Hospital of the President's Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan; e-mail: togzhan.tolegenkyzy@mail.ru

Idiopathic (primary) pulmonary arterial hypertension – a rare progressive disease that shortens life, usually diagnosed at a late stage. Therefore, it is critical to have a low threshold for suspicion of pulmonary hypertension (PH) and to refer patients to specialized centers for diagnostic evaluation and treatment as early as possible. Echocardiography is the method of choice for pulmonary hypertension assessing.

Aim of the study. To determine the reason for the late diagnosis of idiopathic pulmonary arterial hypertension.

Material and methods. Using the developed questionnaire, 41 patients, men and women aged 18 years and older, who were reliably diagnosed with idiopathic pulmonary arterial hypertension, were interviewed.

Results and discussion. The diagnosis of idiopathic pulmonary arterial hypertension in clinical practice is made on average 7.1 ± 6.0 years from the onset of the first symptoms of the disease. In 95% of cases, the onset of idiopathic pulmonary arterial hypertension begins with shortness of breath on exertion. Most often, the development of the disease was preceded by an acute respiratory viral infection. All patients underwent diagnostic echocardiography at the time of their first visit, but the diagnosis was established in only 56% of patients.

Conclusions. Reasons for late diagnosis of idiopathic pulmonary arterial hypertension: the nature of the disease at its onset and errors in diagnosis.

Keywords: idiopathic pulmonary arterial hypertension; diagnostics; echocardiography; pulmonary hypertension

Клиническая медицина

Д. Ж. Тайжанова¹, Т. Т. Нурписова^{1, 2*}, Н. К. Кульмырзаева²

КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ ИДИОПАТИЯЛЫҚ ӨКПЕЛІК АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ КЕШ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ФАКТОРЛАРЫН БАҒАЛАУ

¹«Қарағанды медицина университеті» КеАҚ ішкі аурулар кафедрасы (100000, Қазақстан Республикасы, Қарағанды қ., Гоголь к-сі, 40; e-mail: info@qmu.kz)

²Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы (010000, Қазақстан Республикасы, Астана қ., Мәңгілік ел көшесі, 80; e-mail: togzhan.tolegenkyzy@mail.ru)

***Тоғжан Толегенқызы Нурписова** – «Қарағанды медицина университеті», КеАҚ ішкі аурулар кафедрасы, дәрігер кардиолог Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы; e-mail: togzhan.tolegenkyzy@mail.ru

Идиопатиялық (біріншілік) өкпелік артериялық гипертензия (ИӨАГ) – әдетте өмірді қысқартатын сирек кездесетін прогрессивті ауру кеш сатысында диагноз қойылған. Сондықтан өкпе гипертензиясына (ӨГ) күдік тудыратын төменгі шекке ие болу және пациенттерді диагностикалық бағалау мен емдеу үшін мүмкіндігінше ертерек мамандандырылған орталықтарға жіберу өте маңызды. Эхокардиография ӨГ бағалаудың таңдау әдісі болып табылады.

Зерттеу мақсаты. Идиопатикалық өкпелік артериялық гипертензияның кеш диагностикасының себептерін анықтау.

Материалдар және әдістер. Жасалған сауалнаманы пайдалана отырып, ИӨАГ диагнозы қойылған 18 жастағы және одан жоғары жастағы ерлер мен әйелдерден құралған 41 науқас сұралды.

Нәтижелер және талқылау. Клиникалық тәжірибеде ИӨАГ диагностикасы аурудың алғашқы белгілері басталғаннан бастап орта есеппен $7,1 \pm 6,0$ жыл ішінде қойылады. Жағдайлардың 95%-ында ИӨАГ басталуы физикалық жүктеме кезінде еңтігуден басталады. Көбінесе аурудың дамуы жедел респираторлық вирустық инфекцияның кейін дамиды. Барлық пациенттер бірінші рет келген кезде диагностикалық эхокардиографиядан өтті, бірақ диагноз пациенттердің 56%-ында ғана анықталды.

Қорытындылар. ИӨАГ диагностикасының кеш қойылу себептері: аурудың басталуындағы сипаты және диагностикадағы қателіктер.

Кілт сөздер: идиопатиялық өкпелік артериялық гипертензия; диагностика; эхокардиография; өкпелік гипертензия