

Ю.М. Мостовой, д.м.н., професор, Т.В. Константинович, д.м.н., професор, Л.В. Распутіна, д.м.н., професор, А.Г. Степанюк, к.м.н., доцент, Н.О. Пентюк, д.м.н., доцент, Н.В. Цимбалюк, к.м.н., О.В. Бугайчук, Л.В. Чорна, В.В. Распутін, Л.В. Блажевська, І.П. Пахно, О.О. Бровко, В.П. Шербак, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінницька міська клінічна лікарня № 1

Тромбоемболія легеневої артерії: загальні положення, клінічні випадки

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – одне з тих захворювань, що останнім часом привертає все більшу увагу лікарів різних спеціальностей, оскільки її розповсюдженість невинно зростає. За даними Фрамінгемського дослідження, ТЕЛА становить 15,6% від усієї внутрішньогоспітальної летальності, причому 18% – це хірургічні хворі, 82% – пацієнти з терапевтичною патологією. За нашими даними, що базуються на аналізі 2260 аутопсій, у період 1993–2002 рр. ТЕЛА в структурі патологоанатомічного діагнозу спостерігалась у 121 померлого, що становить 5,3% (Ю.М. Мостовой, Н.В. Цимбалюк, 2008).

У зв'язку з актуальністю теми публікацій, які стосуються діагностики та лікування ТЕЛА, з кожним роком стає все більше і більше, вони висвітлюють різні аспекти проблеми, що значно розширює кругозір лікарів і, безумовно, сприяє кращому розумінню цього складного і нерідко несприятливого в прогностичному плані патологічного стану.

У статті висвітлено практичні питання курації даного контингенту хворих, при цьому акцент зроблено на низці нових даних сучасних міжнародних узгоджувальних документів, та наведено клінічні випадки з власної практики.

Загальні відомості

Лікарєві будь-якого фаху, який запідозрив ТЕЛА, слід асоціювати свою точку зору з відомостями щодо факторів ризику ТЕЛА та ймовірності або відсутності її. Наводимо зведені дані, які можуть допомогти лікарям (табл. 1–3).

У різних узгоджувальних документах минулих років для оцінки вірогідності ТЕЛА застосовувалась Женевська шкала (табл. 2), у найновіших Міжнародних консенсусах запропоновано шкалу Wells (табл. 3).

З нашої точки зору шкала Wells є більш зручною для практичного використання.

Якщо діагностичні дослідження можуть зайняти більше часу, ніж 1 год з моменту першої

клінічної підозри на легенеvu емболію, призначається антикоагулянтна терапія в середніх терапевтичних дозах.

Нині не існує рекомендацій щодо місця лікування пацієнта з діагностованою ТЕЛА, у зв'язку з чим вони лікуються, як правило, в тому діагностичному підрозділі, де вона виявлена, – кардіологічне, пульмонологічне, терапевтичне, хірургічне або інші відділення. Лише в тих випадках, що потребують хірургічного лікування, вони направляються в спеціалізовані судинні відділення.

Таблиця 1. Фактори ризику ТЕЛА (S. Takach Larner, C. Keaton, 2013)

Основні фактори ризику	Малі фактори ризику
<ul style="list-style-type: none"> Немодифіковані фактори • Попередні венозні тромбоемболії • Вік >70 років 	<ul style="list-style-type: none"> Немодифіковані фактори • Успадкований стан гіперкоагуляції
<ul style="list-style-type: none"> Модифіковані фактори • Злоякісні новоутворення • Хіміотерапія раку • Параліч • Травми кінцівок • Ортопедична хірургія • Загальна анестезія >30 хв • Гепарин-індукована тромбоцитопенія • Антифосфоліпідні антитіла 	<ul style="list-style-type: none"> Модифіковані фактори • Ожиріння • Вагітність або післяпологовий період • Терапія естрогенами • Тривала іммобілізація

Таблиця 2. Женевська шкала вірогідності ТЕЛА

Ознака	Бал
Вік >65 років	+1
ТГВ або ТЕЛА в анамнезі	+3
Кровохаркання	+2
Рак (у наявності або вилікуваний минулого року)	+2
Операція під загальним наркозом або перелом нижньої кінцівки в попередній місяць	+2
Біль у нозі з однієї сторони	+3
Болуча пальпація по ходу глибоких вен у поєднанні з одностороннім набряком даної кінцівки	+4
ЧСС 75–94 за хвилину	+3
ЧСС >95 за хвилину	+5
Вірогідність ТЕЛА:	
низька (8%)	0–3
середня (29%)	4–10
висока (74%)	≥11
ТГВ – тромбоз глибоких вен, ЧСС – частота серцевих скорочень.	

Таблиця 3. Дворівнева шкала Wells для оцінки ризику ТЕЛА

Ознака	Бали
Клінічні ознаки і симптоми ТГВ (як мінімум набряк ноги і біль при пальпації глибоких вен)	3
Альтернативний діагноз менш імовірний, ніж ТЕЛА	3
ЧСС >100 уд/хв	1,5
Іммобілізація протягом більше 3 днів або оперативне втручання останні 4 тиж	1,5
Попередні ТГВ/ТЕЛА	1,5
Кровохаркання	1
Злоякісні новоутворення (на лікуванні, лікування протягом останніх 6 міс або паліатив)	1
Клінічна імовірність	
ТЕЛА імовірна	Більше 4 балів
ТЕЛА малоімовірна	4 бали і менше

Клінічний приклад 1: погляд терапевта

Хвора Б., 69 років, поступила в терапевтичне відділення МКЛ № 1 м. Вінниця 15.10.2013 р. із скаргами на задишку в спокої, що збільшувалась при незначному фізичному навантаженні, серцебиття, перебої у роботі серця, набряки ніг, загальну слабкість. Стан погіршився в останні 1–2 дні, коли посилюлась задишка, серцебиття, збільшилися набряки ніг.

В анамнезі: ішемічна хвороба серця (ІХС), миготлива аритмія близько 5 років. Постійно отримувала лікування: аміодарон 1 табл. на ніч, спіронолактон 25 мг, дигоксин 1 табл., ацетилсаліцилова кислота 75 мг, раміпріл 5 мг.

У травні 2013 р. прооперована з приводу раку правої молочної залози верхньозовнішнього квадранта G2p N₁M₀ II ст. III кл. гр., отримала курс хіміо- та променевої терапії. Хворіє на цукровий діабет протягом 2 років. Доставлена ШМД в приймальне відділення МКЛ № 1.

Об'єктивно: Загальний стан на час госпіталізації розцінений як важкий. Свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Шкірні покриви чисті, вологі, колір блідий, склери звичайні. Підшкірна жирова клітковина розвинута достатньо. Периферичні лімфовузли не збільшені. У ділянці верхньозовнішнього квадранта правої молочної залози післяопераційний рубець.

Частота дихання 20/хв. Сатурація кисню (SaO₂) 90–92%. Температура тіла 36,8°C. Перкуторно над легенями визначався ясний легеневий звук. При аускультатії легень вислуховувалось везикулярне жорстке дихання, помірно ослаблене в нижніх відділах, додаткових дихальних шумів не було.

Пульс 96/хв, аритмічний за типом миготливої аритмії, однаковий на обох руках. Артеріальний тиск (АТ) 140/80 мм рт. ст. ЧСС 96/хв. Тони серця аритмічні, акцент II тону на аорті, шуми не вислуховувались. Язик вологий, чистий. Живіт при пальпації м'який,

безболісний. Печінка збільшена, виступає на 2 см з-під краю реберної дуги. Селезінка не пальпувалась. Відрізки кишечника без особливостей. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Кістково-м'язова система без патологічних змін. Набряки стоп, гомоток.

Попередній діагноз: ІХС. Дифузний кардіосклероз. Постійна форма фібриляції передсердь з тахісистолею шлуночків. СН II-А. III ФК. Рак правої молочної залози (операція, 2013 р.) Стан після хіміотерапії та променевої терапії.

У загальному аналізі крові: гемоглобін 112 г/л, еритроцити 4,1×10¹²/л, лейкоцити 7,7×10⁹/л (п. 3%, с. 80%, м. 2%, л. 15%), ШОЕ 25 мм/г.

У біохімічному аналізі крові: глюкоза 7,2 ммоль/л; білірубін загальний 14,2 мкмоль/л; сечовина 14,2 ммоль/л, креатинін 0,152 ммоль/л; протромбіновий час 29 с, фібриноген А 3,8 г/л, фібриноген В негативний.

У загальному аналізі сечі: питома вага 1023, реакція кисла, білок – немає, епітелій 4–5 у полі зору, лейкоцити 1–2 у полі зору.

На електрокардіограмі (ЕКГ): фібриляція-тріпотіння передсердь з тахісистолею шлуночків, ЧСС 105. Нормальне положення електричної осі серця. Ознаки збільшення обох шлуночків (рис. 1).

При ехокардіографічному дослідженні (ЕхоКГ): діаметр аорти на рівні синусів 26 мм, висхідна аорта 28 мм не ущільнена. Ліве передсердя 43 мм, лівий шлуночок 56 мм, праве передсердя значно збільшене, правий шлуночок 35 мм. Товщина міжшлуночкової перегородки 125 мм, товщина задньої стінки лівого шлуночка 125 мм. Кінцеводіастолічний об'єм лівого шлуночка 151 мл, кінцевосистолічний об'єм лівого шлуночка 43 мл, фракція викиду лівого шлуночка 71%. Мітральна та трикуспідальна недостатність. Міокардіосклероз. Тахіаритмія. Легенева гіпертензія II–III ступеня.

На рентгенограмі органів грудної клітки в прямій проекції відмічається зниження пневматизації правої верхівки та нижньої

доли лівої легені за рахунок інфільтрації (Mts?). Корені розширені за рахунок збільшених лімфовузлів. Заключення: Післяпроменевої пневмонії? Mts в лімфовузлах? Рекомендовано: спіральна комп'ютерна томографія легень, консультація онколога (рис. 2).

Отримувала лікування: сульфоксамфокан 2,0 в/м 2 рази на день, небулізацію з салбутамолом 0,5 та будесонідом 1,0 2 рази на день, цефтріаксон 2,0 в/в 1 раз на день, амброксол 2,0 в/в 2 рази на день, магнію і калію глюконат 10,0 в/в 1 раз на день, ацетилсаліцилова кислота 75 мг 1 раз на день, фуросемід 2,0 в/в 1 раз на день, кисневу терапію.

У зв'язку з підозрою на наявність метастатичного процесу в легені було вирішено проконсультувати рентгенограми у Вінницькому обласному онкодиспансері у рентгенолога і торакального онкохірурга.

На представлений рентгенограмі органів грудної клітки (ОГК) від 16.10.13. визначаються ознаки лобіту зліва (нижньої долі) і справа в зоні D₁₋₂ сегментів. Правий корінь гомогенізований, зліва перебитий інфільтративними

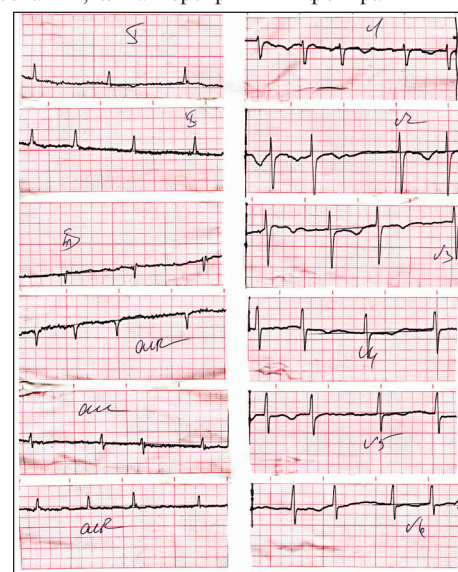


Рис. 1. Клінічний приклад 1. ЕКГ на момент госпіталізації

змінами. Заключення: Двобічна полісегментарна пневмонія. Переконливих даних за Mts немає.

Консультація торакального хірурга ВООД. Враховуючи рентгенкартину, заклучення рентгенолога, у хворої встановлений діагноз: плевро-пневмосклероз нижньої долі лівої легені. Для вирішення питання про наявність метастатичного процесу рекомендовано комп'ютерну томографію (КТ) ОГК з контрастуванням.

КТ ОГК з в/в контрастуванням 21.10.13. У правій головній гілці легеневої артерії визначається центрально розташований тромб, ступінь стенозу – 70–80%. Тромботичні маси розповсюджуються на верхньодольову та нижньодольову гілки (субтотальні стенози). У лівій головній гілці легеневої артерії пристінковий тромб, ступінь стенозу – 50% з розповсюдженням на нижньодольову гілку (субтотальний стеноз). В обох легенях розташовані ділянки інфарктів легеневої тканини розміром до 20 мм.

Заклучення: КТ-ознаки масивної ТЕЛА (комбінація гострого і хронічного процесів).

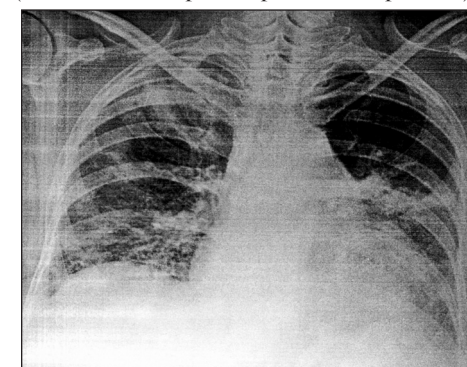


Рис. 2. Клінічний приклад 1. Рентгенографія органів грудної клітки

Дуплексне сканування вен нижніх кінцівок 21.10.13 р.

Висновок: УЗ-ознаки тромбофлебіту глибоких вен обох нижніх кінцівок: оклюзія з обох сторін малогомілкових вен (верхньої та

середньої третини), задніх великогомілкових (верхньої та середньої третини); оклюзія з обох сторін м'язових синусів (середньої третини), підколінних вен, вен стегна; біля витоку тромботичні маси займають 2/3 діаметра з переходом 0,85 см на загальну стегнову вену; субтотальні тромботичні маси глибокої вени стегна зліва з ознаками початкової реканалізації; субтотальні тромботичні маси в загальній стегновій вені зліва, пристінковий кровообіг близько 1/4 діаметра, тромботичні маси переходять вище, голівка не візуалізується. Свіжі тромботичні маси переважно в стегновому підколінному сегментах з обох сторін.

21.10.13. Огляд судинного хірурга. У хворої гострий ілеофеморальний флєботромбоз зліва, субмасивна ТЕЛА. Рекомендовано: стрептокіназа 300 тис. од. внутрішньовенно протягом 30 хв, далі 100 тис. од. на годину, надропарин 0,3 підшкірно 2 рази на день. Переведення хворої в реанімаційне відділення.

Таким чином, наведений клінічний випадок є цікавим з точки зору складності постановки діагнозу ТЕЛА в умовах терапевтичного відділення. Серед факторів ризику на особливу увагу в цій клінічній ситуації заслуговує похилий вік пацієнтки, наявність в анамнезі злоякісної пухлини молочної залози, перенесений хворою оперативне втручання, променева та хімотерапія. Саме застій крові, порушення цілісності та гіперкоагуляція при онкологічних захворюваннях є складовою тріади Вірхова, що формує венозні тромбози у категорії таких пацієнтів.

Окрім пухлинних факторів, які зумовлюють підвищення коагуляційного потенціалу крові, опосередкований вплив на систему гемостазу мають хіміо-, променева терапія, ендотоксикоз, диспротеїнемія, стан хронічного стресу у пацієнтів із злоякісними новоутвореннями, супутні захворювання (ішемічна хвороба серця, миготлива аритмія).

Необхідно також враховувати можливі терапевтичні маски ТЕЛА, які потребують диференціальної діагностики: гострий інфаркт міокарда, пневмонія, розшаровуюча аневризма аорти, рак легень.

Лише прискіпливий аналіз анамнезу, факторів ризику виникнення ТЕЛА в кожній клінічній ситуації дозволить призначити належні методи обстеження пацієнта, поставити правильний діагноз.

Клінічний приклад 2: погляд пульмонолога

Пацієнт Н., 1951 року народження (62 роки), пенсіонер, історія хвороби № 11182. Поступив в пульмонологічне відділення МКЛ № 1 м. Вінниці 28.11.2013 р.

Хворий пред'являв скарги під час госпіталізації: на задишку змішаного (переважно інспіраторного) характеру, що періодично посилюється і часто ні з чим не пов'язану, сухий надсадний кашель, більше вночі, епізоди посилення в нічний час, іноді без видимої причини, перебої в роботі серця, серцебиття, болі в ногах (у гомілкях), особливо зліва, набрякості обох гомілок (більше зліва), підвищення температури тіла протягом 2 днів до фебрильних цифр, напади слабкості, запаморочення.

З анамнезу захворювання відомо, що пацієнт захворів 4 дні тому, тобто 24.11.2013 р. Початок захворювання пов'язує з переохолодженням (потрапив під дощ). Амбулаторно протягом 3 днів за призначенням дільничного лікаря приймав цефотаксим, кларитроміцин (без ефекту). Стан прогресивно погіршувався, з'явилися явища запаморочення, слабкості, посилювалася задишка, з'явився кашель і виділення мокротиння (із слів хворого жовтого кольору). Був госпіталізований у стаціонар після рентгенологічного обстеження сімейним лікарем з діагнозами:

- Основний: негоспітальна пневмонія нижньої частки лівої легені, III група.

- Ускладнення: ЛН 2.

- Супутній: ХОЗЛ П ст., інфекційне загострення. ІХС. Склероз аорти. Атеросклерозний міокардіосклероз. СН 2А. Гіпертонічна хвороба 2 ст. Гіпертензивне серце. Високий ризик серцево-судинних подій. Миготлива тахіаритмія, постійна форма. Варикозна хвороба гомілок. Кіфоз грудного відділу хребта.

При об'єктивному обстеженні виявлено: стан хворого середнього ступеня тяжкості. Частота дихання – 26/хв у спокої, визначається

ціаноз шкіри (помірний дифузний і периферичний акроціаноз). Сатурація кисню – 91-93% у спокої. Пульс – 96 за хв., аритмічний, миготлива аритмія. ЧСС 110/хв, аритмічний, миготлива аритмія. Артеріальний тиск – на лівій неробочій руці 90/55 мм рт. ст.

При обстеженні органів дихання виявлено: перкуторний звук у лівій підлопатковій ділянці – притуплений. Дихання – там само ослаблене, везикулярне, вислуховується фокус дрібнопухирчастих вологих гучних хрипів, шум тертя плеври, розсіяні сухі хрипи (більше зліва).

При обстеженні органів кровообігу визначається розширення поперечника серця за рахунок зсуву правих і лівих відділів (14 см). Аускультативно – тони серця аритмічні, миготлива тахіаритмія до 110/хв, 1 тон ослаблений на верхівці і в IV точці аускультативної, виражений акцент і розщеплення 2 тону на легеневої артерії, визначається систолічний шум у I і IV точках аускультативної.

При обстеженні органів черевної порожнини визначається гепатомегалія (+4 см з-під краю правої реберної дуги), край заокруглений, еластичний, помірно чутий при пальпації, малорухомих. Селезінка не збільшена, не пальпується. Симптом Пастернацького (-) з обох боків.

При огляді гомілок терапевтом виявлені набрякості обох гомілок (S>D), підвищення локальної температури в ділянці лівої гомілки при пальпації, що візуалізуються, варикозно розширені поверхневі вени гомілок, трофічні розлади у вигляді дифузної гіперпігментації, ціанозу, атрофії шкіри і підшкірної клітковини, трофічні виразки та рубцеві зміни шкіри та підшкірного шару (D>S).

При детальному зборі анамнезу було виявлено, що протягом 7-8 днів до початку хвороби відзначав появу сильного болю в лівій гомілці, що порушувало ходьбу. З'явився і посилювався набряк лівої гомілки, відчуття «розпирання» в гомілці. Проте ніяких лікувальних заходів із цього приводу хворий не застосовував.

У стаціонарі пацієнту було проведено додаткове обстеження.

Рентгенографія ОГК. Виявлено осередкову інфільтрацію в нижній долі лівої легені. Зниження пневматизації в сегментах S6, S10 зліва (рис. 3).

Електрокардіографія (рис. 5). Ритм несинусний, неправильний. Низький вольтаж у стандартних відведеннях. Фібриляція передсердь, тахісистола шлуночків. ЧСС 110-150/хв. Горизонтальне положення ЕВС. Елевация сегмента ST у V2-V3. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

Аналіз харкотиння: Макроскопічно – жовте, в'язке. Лейкоцити – 10-12 у полі зору. Еритроцити – у великій кількості. Епітелій бронхів – 10-14 у полі зору. Мікобактерії туберкульозу – не знайдені.

Гематологічний і біохімічний аналізи крові: Гемоглобін – 134 г/л, л – 4,5 x 10⁹/л, ШОЕ – 13 мм/ч (п – 1%, с – 76%, м – 5%, л – 19%). Протромбіновий час – 33 с, час рекальцифікації плазми – 1 хв 42 с, фібриноген А – 6,4 г/л, фібриноген В ++, фібриноліз – 3 год 55 хв. Холестерин – 4,3 ммоль/л, β-ЛП – 46 од. Сечовина – 9,2 ммоль/л, креатинін – 0,094 ммоль/л. МНВ – 2,16.

Ультразвукове дослідження серця.

Заключення. Аортокардіосклероз. Помірний фіброз клапанів аорти. Дилатація лівих камер серця. Дилатація правого передсердя і правого шлуночка. Зниження скоротливої функції шлуночка (фракція викиду 43%). Розширення обох атріовентрикулярних кілець. Мітральна і трикуспідальна регургітація (помірна). Діагностична дисфункція лівого шлуночка.

Дуплексне УЗО нижніх кінцівок.

Заключення. Субтотальні тромботичні маси >5 см у нижній третині лівої гомілки, варикозне розширення п/ш вен басейну підшкірної вени правої нижньої кінцівки, недостатність клапанного апарату на правій великій п/ш вені.

Огляд хірурга.

Висновок: Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок. ХВН 2 ст. ПТФС поверхневих вен праворуч. Флєботромбоз лівої гомілки в басейні глибоких вен.

У процесі спостереження виявлені зміни в динаміці. Стан пацієнта суб'єктивно

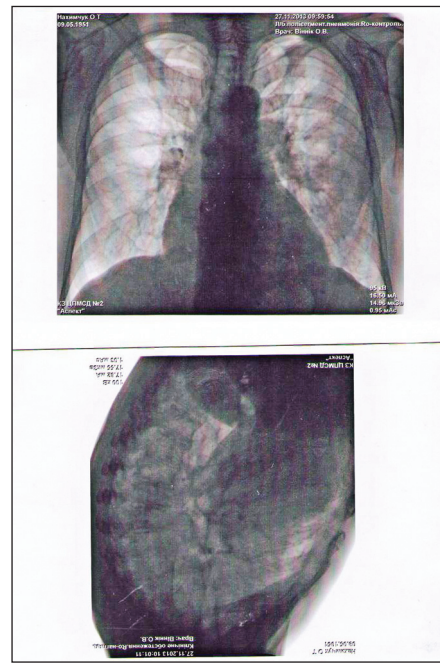


Рис. 3. Клінічний приклад 2.
Пацієнт Н. Рентгенографія ОГК
(фронтальна і ліва бокова проекції)

покрашивався, але продовжували турбувати періодичні зниження АТ з епізодами запаморочення, пітливості, слабкості (останнє – 11-12.12.2013 р.), тиск коригувався внутрішньовенним введенням кортикостероїдів.

12.12.2013 р. під час проведення контрольного УЗО серця виявлено значне розширення ПП, помірне розширення ПШ, легенева гіпертензія, трикуспідальна регургітація – 3,0. Фракція викиду знизилася до 29%.

У зв'язку з цим виникла ціла низка додаткових питань щодо даного пацієнта.

Чи можливий діагноз ТЕЛА дрібних гілок за такої клініки? Як слід розцінити зміни в легенях? Які методи верифікації? Що необхідно зробити в плані корекції лікування? Який прогноз для даного пацієнта і захворювання?

Нами була зроблена спроба активного пошуку симптомів ТЕЛА у пацієнта. На що указували такі дані:

1. Наявність причинно-наслідкового зв'язку між ураженням вен нижніх кінцівок і розвитком респіраторних симптомів.
2. Раптове посилення задишки, невластивості раніше.
3. Наявність кровохаркання (за даними аналізу харкотиння).
4. Наявність запаморочення, нападів слабкості, гіпергідрозу.
5. Наявність тахікардії, порушення ритму серця.
6. Поява акценту 2-го тону над а. pulmonalis, зниження АТ у пацієнта з гіпертензією.
7. Лабораторно підтверджені симптоми гіперкоагуляції крові.
8. ЕКГ- і УЗ-ознаки ураження правих відділів серця, легеневої гіпертензії, зниження фракції викиду.
9. Рентгенологічна верифікація інфільтрації сегментів лівої легені.
10. Верифікація тромботичних мас у басейні нижньої порожньої вени за допомогою дуплексного ультразвукового дослідження – виявлений суральний флєботромбоз зліва.

Отже, відповідно до Женевської шкали оцінки ризику ТЕЛА (G. le Gal et al., 2006) у пацієнта спостерігались: тахікардія, більша 95 уд/хв, – 5 балів, клінічні ознаки ТГВ нижніх кінцівок (набряк однієї кінцівки + біль при пальпації) – 4 бали, кровохаркання – 2 бали. Сума балів – 11, відповідає високому ризику розвитку ТЕЛА.

12.12.2013 р. у зв'язку з визначенням у пацієнта високого ризику виникнення ТЕЛА він був консультований лікарем-фахівцем (судинним хірургом).

Висновок. Підгострий суральний флєботромбоз зліва. ТЕЛА гілок. Рекомендовано: ривароксабан за схемою або варфарин 5 мг/добу в поєднанні з використанням еластичного трикотажу і венотоніків. Спостереження в динаміці.

Отже, наведений клінічний випадок, на нашу думку, представляє великий інтерес. Це в першу чергу пов'язано з тим, що він яскраво ілюструє респіраторну «маску» ТЕЛА, яка в поєднанні з гострим початком, наявністю симптомів помірного інтоксикаційного синдрому сприяла постановці діагнозу

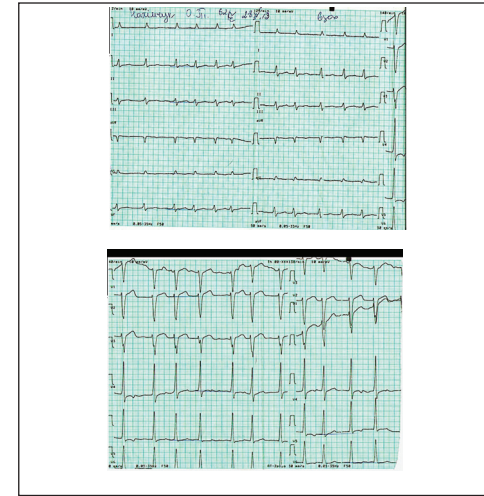


Рис. 4. Клінічний приклад 2.
Пацієнт Н. Електрокардіограма

«негоспітальна пневмонія». Однак при детальному обстеженні та активному пошуку симптомів ТЕЛА у хворого встановлено причинно-наслідковий зв'язок між ураженням вен нижніх кінцівок і розвитком описаних респіраторних симптомів.

У цьому випадку раптове посилення задишки, яка не була властива пацієнту раніше, виявлення кровохаркання за даними аналізу харкотиння, особливості клініки (епізоди запаморочення, нападів слабкості, гіпергідрозу, тахікардія, порушення ритму серця, акцент 2-го тону над а. pulmonalis, епізодичне зниження АТ у пацієнта з гіпертензією, лабораторно підтверджені симптоми гіперкоагуляції крові та ЕКГ- і УЗ-ознаки ураження правих відділів серця з розвитком легеневої гіпертензії та зниження фракції викиду) дали змогу запідозрити розвиток рецидивуючої ТЕЛА дрібних гілок. Верифікація тромботичних мас у басейні нижньої порожньої вени за допомогою дуплексного-ультразвукового дослідження у вигляді сурального лівобокового флєботромбозу було тим діагностичним засобом, який ще більше змотивував лікарів виставити діагноз ТЕЛА гілок, що і було підтверджено під час огляду спеціалістом – судинним хірургом. Призначене відповідне адекватне лікування та подальше спостереження в умовах спеціалізованої клініки дозволило стабілізувати стан пацієнта, нормалізувати центральну та периферичну гемодинаміку, ліквідувати джерело тромбоутворення та його наслідки в басейні легеневої артерії.

Клінічний приклад 3: погляд реаніматолога

Хворий К., 47 років, житель м. Вінниці, поступив у відділення реанімації та інтенсивної терапії 19.09.2011 р. за направленням дільничного лікаря. При поступленні пред'являв скарги на виражену задишку, що посилювалась при незначному фізичному навантаженні, загальну слабкість.

Захворів гостро раптово – 17.09.2011 року, коли о 7 год ранку з'явилася виражена задишка при незначному фізичному навантаженні без видимої причини. Через 2 год зафіксовано підвищення температури тіла до 38,0°C. За медичною допомогою не звертався. Знаходився дома, вживав парацетамол 100 мг на добу. Стан не покращувався у зв'язку з чим 19.09.2011 р. звернувся до дільничного лікаря. Після огляду та обстеження направлений у кардіологічне відділення Вінницької міської лікарні № 1 з попереднім діагнозом: міокардит. Госпіталізований у відділення реанімації та інтенсивної терапії. З анамнезу відомо, що місяць тому відмічав біль у лівій гомілці. У серпні переніс гострий бронхіт. Хворіє на гострі респіраторні вірусні інфекції 1-2 рази на рік. Оперативних втручань і травм не відмічає. Працює з лакофарбовою продукцією більше 10 років. Курить протягом 28 років до 20 сигарет на добу. Алергологічний анамнез не обтяжений. Спадковий анамнез не обтяжений.

Об'єктивно: При огляді хворого стан середнього ступеня важкості. Дещо знервований. Шкірні покриви бліді, вологі, теплі, тургор шкіри збережений. Ціаноз губ. Частота дихання 24/хв. Дихання ритмічне, глибоке. Перкуторно на симетричних ділянках ясний легеневий звук. Аускультативно над легенями везикулярне дихання з жорстким відтінком. SaO₂ – 97%.

Продовження на стор. 48.

Ю.М. Мостовой, д.м.н., професор, Т.В. Константинович, д.м.н., професор, Л.В. Распутіна, д.м.н., професор, А.Г. Степанюк, к.м.н., доцент, Н.О. Пентюк, д.м.н., доцент, Н.В. Цимбалюк, к.м.н., О.В. Бугайчук, Л.В. Чорна, В.В. Распутін, Л.В. Блажевська, І.П. Пахно, О.О. Бровко, В.П. Щербак, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінницька міська клінічна лікарня № 1

Тромбоемболія легеневої артерії: загальні положення, клінічні випадки

Продовження. Початок на стор. 46.

Пульс симетричний на обох руках, ритмічний, 120/хв, задовільних властивостей. АТ 100/60 мм рт. ст. (на правій руці). Тони серця ритмічні, тахікардія, І тон ослаблений на верхівці, акцент ІІ тону в ІІІ точці аускультативної (над а. pulmonalis).

Дослідження органів черевної порожнини: живіт м'який, безболісний, печінка +2 см, щільна, безболісна, рухлива. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

Периферичні набряки відсутні.

На ЕКГ від 19.09.2011 р.: ритм синусовий, правильний, ЧСС 124/хв, синусова тахікардія. ЕКГ типу S₁Q_{III}, ознаки перевантаження правих відділів серця (рис. 5).

На оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки в прямій проекції від 19.09.2011 р. патології не виявлено. На ЕхоКГ виявлено помірне розширення правих відділів серця. Легенева гіпертензія 36 мм рт. ст.

Дані лабораторного обстеження:

19.09.2011 р. Загальний аналіз крові: гемоглобін 156 г/л, еритроцити $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $10,2 \times 10^9$ /л, лейкоцитарна формула – без особливостей, ШОЕ 25 мм/год. Глюкоза крові 5,6 ммоль/л.

20.09.2011 р. Загальний аналіз крові: гемоглобін 154 г/л, еритроцити $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $9,1 \times 10^9$ /л, лейкоцитарна формула – без особливостей, ШОЕ 26 мм/год. Глюкоза крові 5,0 ммоль/л, сечовина 5,6 ммоль/л, креатинін 0,06 ммоль/л, загальний білок 68,8 г/л. Протромбіновий час 24 с, час рекальцифікації плазми 1,33, фібриноген А – 5,3, фібриноген В 1+, фібринолітична активність 3,30. D-димер 0,8 мг/мл.

У зв'язку з погіршенням стану хворого прийнято рішення провести діагностичну ангіопульмонографію. Імовірність ТЕЛА оцінена за Женевською шкалою (G. le Gal et al., 2006): тахікардія (5 балів), підозра на тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок (3 бали) – отже, ймовірність ТЕЛА 8 балів (помірна).

Після отримання письмової згоди на оперативне втручання, за Сельдингером у v. femoralis dextra встановлено інтродьюсер 6F. Діагностичним катетером JR 4,0 6F селективно проведено ангіопульмонографію, на якій виявлено оклюзію г. basalis medialis та г. lingularis a. pulmonalis sinistra.

Проведено аспірацію тромботичних мас за допомогою катетера EXPORT через провідниковий катетер JR 4,0 6F (рис. 6).

Під час відновлення кровообігу у хворого виник кашель.

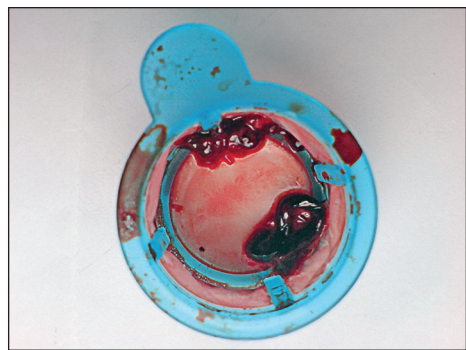


Рис. 6. Клінічний приклад 3. Тромботичні маси, що були аспіровані

На контрольній ангіограмі кровообіг у вищевказаних гілках лівої легеневої артерії відновлено.

Інтродьюсер фіксовано П-подібним швом.

Хворого переведено до палати інтенсивної терапії. Одночасно розпочато тромболітичну терапію.

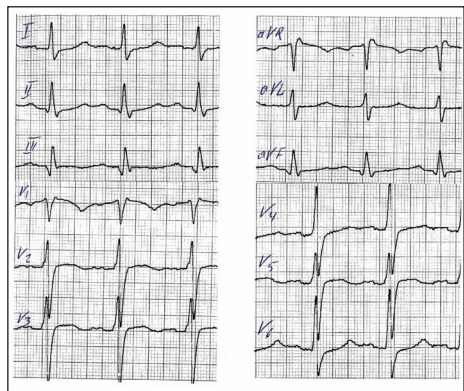


Рис. 5. Клінічний приклад 3. ЕКГ хворого К. у приймальному відділенні 19.09.2011 р., 16 год 47 хв

3 21.09.2011 р. – призначено варфарин у дозі 5 мг/добу. На 6-ту добу отримано значення МНВ 1,83 – дозу варфарину збільшено до 7,5 мг/добу (через 4 доби і в подальшому МНВ 2-2,2).

21.09.2011 р. – інтродьюсер видалено без ускладнень з боку місця пункції.

21.09.2011 р. – стан хворого задовільний. Скарг немає. Шкіра нормального кольору, суха. Ціанозу губ немає. Пульс симетричний на обох руках, 75/хв, ритмічний, задовільних властивостей. АТ 120/75 мм рт. ст. (на правій руці). На ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС 75/хв. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

Дані лабораторного обстеження: у межах вікової норми.

На ЕхоКГ тенденція до зниження легеневої гіпертензії (25 мм рт. ст.)

27.09.2011 р. – проведено ультразвукове дуплексне сканування і доплерографію судин нижніх кінцівок, виявлено ознаки фіксованого тромбу правої загальної стегнової вени вище остального клапана розміром 35x7 мм (давністю до 10 діб) і лівої підколінної вени – 25x7 мм (давністю до 20 діб).

5.10.2011 р. – проведено спіральну комп'ютерну томографію органів грудної клітки: у просвіті гілок лівої легеневої артерії визначаються гіподенсивні дефекти контрастування округлої і неправильної овальної форми, характерні для тромботичних мас, розташовані ексцентрично. Прохідність даних легеневих гілок збережена.

28.10.11 р. у задовільному стані хворого виписано зі стаціонару.

На сьогодні череззакріплену емболоктомію є альтернативним методом лікування ТЕЛА через обмежену доказову базу та можливі ускладнення під час проведення процедури. Проте залишається методом, що може застосовуватись у край важких ситуаціях та при неефективності тромболітичної терапії. У нашому клінічному випадку переконливих показань до тромболітичної терапії не було, тому у зв'язку із значним погіршенням стану хворого, неможливості виконати спіральну комп'ютерну томографію ми виконали діагностичну ангіопульмонографію з подальшою емболоктомією, провели тромболізис та виписали пацієнта у задовільному стані.

Сподіваємося, що представлений матеріал буде корисним для лікарів різного профілю. Під час написання статті ми ставили собі за мету донести сучасні положення в діагностиці та лікуванні ТЕЛА. Представляючи клінічні випадки, ми продемонстрували різні обличчя цього захворювання, сподіваючись на те, що це певною мірою налаштує лікарів на своєчасну діагностику захворювання і допоможе адекватно проводити подальшу терапію даного контингенту хворих. Будь-які зауваження та поради будуть нами сприйнятні з розумінням, а, можливо, у подальшому розгорнуть дискусію навколо цієї проблеми.

ПЕРЕДПЛАТА НА 2015 РІК!

Здоров'я України

Шановні читачі!

Передплатити наше видання Ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за Каталогом видань України на 2015 р. у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 521-86-98.

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»

Передплатний індекс – 37631
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати – 200,00 грн

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ◆ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку згідно з такими реквізитами: р/р 26000052613363 ФКВ «ПРИВАТБАНК», РОЗРАХУНКОВИЙ ЦЕНТР, МФО 320649, код ЄДРПОУ 38419785;
- ◆ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- ◆ вказати адресу доставки примірників.

Наша адреса: Медична газета «Здоров'я України», 03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2.

Телефон/факс відділу передплати (044) 521-86-98,
e-mail: podpiska@health-ua.com

Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Отримувач:		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя“ ФКВ „ПРИВАТБАНК“, розрахунковий центр	
3 8 4 1 9 7 8 5		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3		МФО банку: 3 2 0 6 4 9		Розрахунковий рахунок:		МФО банку: 3 2 0 6 4 9		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя“ ФКВ „ПРИВАТБАНК“, розрахунковий центр	
Призначення та період платежу:		Платник:		Контролер:		Касир:		Призначення та період платежу:		Касир:	
Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Отримувач:		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя“ ФКВ „ПРИВАТБАНК“, розрахунковий центр	
3 8 4 1 9 7 8 5		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3		МФО банку: 3 2 0 6 4 9		Розрахунковий рахунок:		МФО банку: 3 2 0 6 4 9		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя“ ФКВ „ПРИВАТБАНК“, розрахунковий центр	
Призначення та період платежу:		Платник:		Контролер:		Касир:		Призначення та період платежу:		Касир:	