

УДК 616.131-005.6-036-035.7

**Б.А. Басина,  
К.О. Белослудцева,  
Т.В. Киреева,  
Б.О. Чернолевский,  
Е.А. Савицкая**

## **ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»  
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина  
e-mail: dsma@dsma.dp.ua

На сегодняшний день тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является одной из самых распространенных сердечно-сосудистых патологий и составляет в среднем от 0,5 до 2 случаев на 1000 в год [S.Vuprajarntham и соавт., 2014]. В последние годы летальность от ТЭЛА существенно возросла и составляет 117 случаев на 100000 [Richard H.White, 2003]. Причем в 70% случаев диагноз ТЭЛА был поставлен уже посмертно.

Цель нашей работы – исследование наиболее значимых факторов, которые могут приводить к ошибкам в диагностике ТЭЛА, на примере клинического случая с неблагоприятным исходом.

Пациент М., 43 года, поступил с жалобами на обильное кровохарканье, одышку при минимальной нагрузке, боль в левой половине, субфебрильную температуру. Заболевание связывает с переохлаждением на рыбалке 1,5 мес. назад, после чего появились боль в горле и заложенность носа; одышка появилась месяц назад, а три дня назад резко усилилась. Рентгенологически выявлены инфильтративные изменения слева с деструкцией. Поставлен д-з ВГ левосторонняя деструктивная пневмония, 3 клиническая группа, назначена антибактериальная терапия (цефтриаксон+левофлоксацин в/в). Через 7 суток - пациент с отрицательной клинической динамикой. Длительность заболевания, внезапное развитие одышки, наличие кровохарканья и боли в грудной клетке, отрицательная клиническая динамика привели к необходимости дифференцировать заболевание с ТЭЛА. Правильный сбор анамнеза у пациентов позволяет включить ТЭЛА в перечень нозологий, требующих дифференциальной диагностики.

Пациент отрицал все возможные причины возникновения тромбоза. Назначена КТ легких, выполненная в обычном режиме – заключение: деструктивная пневмония слева.

Клинические показатели отличаются большим полиморфизмом: диспноэ, тахипноэ, за-  
грудинные боли, кашель, кровохарканье, син-

копе, синдромы ТГВ, цианоз, тахикардия, лихорадка (их специфичность варьирует в границах 7-68%) [Мостовой Ю.М. и соавт., 2006]. Показатель уровня D-димера, хоть и является высокочувствительным и быстрым в определении, но не является специфичным, по его уровню можно лишь исключить ТЭЛА (в случае концентрации <0,5 мг/л) [Wakai A., 2003]. В данном случае назначение исследования маркера не целесообразно из-за обильного кровохарканья.

На десятые сутки внезапно состояние пациента резко ухудшилось: АД 60/40 мм рт. ст., сатурация кислорода 78%, ЧСС – 128/мин, ЧД – 38/мин. Пациент переведен в ОРИТ.

При острой стадии ТЭЛА следует провести ЭКГ и Эхо КГ [Пархоменко А.Н., 2011]. По данным ЭКГ – выявлена блокада задней ветви правой ножки пучка Гиса, синусовая тахикардия, отрицательные зубцы Т в V1-V3, что свидетельствовало о перегрузке правых отделов сердца. С целью исключения ТЭЛА назначается повторная КТ легких с контрастированием в ангиорежиме: выявлены множественные дефекты наполнения в сосудах правого легкого, почти полное отсутствие прохождения контраста в легочном стволе, деструкция паренхимы левого легкого. Много-  
слойная ангио-КТ является малоинвазивным и сравнительно доступным методом, позволяющим подтвердить или исключить диагноз ТЭЛА [Васильева Л.И. и соавт., 2017]. В случае своевременного установления правильного диагноза и предоставления адекватной терапии можно минимизировать риск смертельного исхода от ТЭЛА до 8% [Яковлев В.Б. и соавт., 2002].

Диагноз ТЭЛА был поставлен на 12 сутки госпитализации, когда прогноз для жизни пациента уже был неблагоприятным. Пациент вспомнил о травме ноги за 4 месяца до эпизода одышки и рекомендациях травматолога длительно принимать ксарелто 20 мг/сут., которые он не выполнял.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Анализируя клинический случай, следует отметить следующие причины поздней диагностики

ТЭЛА и неблагоприятного исхода: отсутствие настороженности в плане развития ТЭЛА, не тщательный сбор анамнеза, переоценка данных

дополнительных исследований (рентгенограмма легких), позднее назначение методов диагностики локализации и массивности ТЭЛА.



УДК 616.131-005.6-085-036.3/4

**Б.А. Басина,  
Т.В. Киреева,  
А.С. Чулков,  
В.А. Шипоша**

## **ТЭЛА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА: ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»  
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина  
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает второе место среди причин внезапной смерти [Пронин А.Г., 2016 г.]. Во всем мире от этой патологии ежегодно погибают более 3 миллионов пациентов [Raskob G. et al., 2014]. Частота встречаемости ТЭЛА – от 23 до 250 случаев на 100 000 населения в год, но каждый второй случай не диагностирован [Jaff M.R. et al., 2011]. Обусловлено это в первую очередь тем, что ТЭЛА – «великий имитатор» и симптомы заболевания неспецифичны, кроме этого отсутствует настороженность врачей и пациентов в плане развития этого грозного осложнения.

Главным предрасполагающим фактором развития ТЭЛА является тромбоз глубоких вен нижних конечностей, но в терапевтической практике это часто остается за пределами внимания врача. Однако следует помнить, что такие клинические проявления, как установка центрального венозного катетера, хроническая сердечная и дыхательная недостаточности, сепсис, злокачественные новообразования, химио- и гормонотерапия, тромбофилия относятся к факторам умеренного риска, а беременность, послеродовое состояние, пожилой возраст, ожирение, варикозное расширение вен, длительный постельный режим (более 3 суток) и длительное нахождение в положении сидя являются факторами низкого риска [Перепеч Н. Б., 2015 г.].

Современные лабораторные тесты позволяют выявлять наследственные факторы развития ТЭЛА: резистентность к активированному протеину С (наличие этой мутации увеличивает вероятность возникновения тромбоза глубоких вен в 3 раза); мутация 20210А протромбина (вероятность развития тромбоза глубоких вен или ТЭЛА увеличивается в 2 раза) и др. [Мухаметшина Г.А., 2013 г.].

Цель нашей работы – оценить степень риска развития ТЭЛА у пациентов терапевтического профиля, выявить пациентов с высоким риском для определения прямых источников тромбоза.

Работа проводилась на базе терапевтического, пульмонологического и кардиологического отделений КУ «ГКБ №16 ДОО». Пациентам проводились стандартные клинические методы обследования, лабораторные тесты: общий анализ крови, коагулограмма, почечные и печеночные пробы. Для оценки степени риска ТЭЛА были использованы модифицированная Женевская шкала и шкала Wells с трехуровневой схемой оценки вероятности. Так как использование Женевской шкалы позволило выявить промежуточную и высокую степени вероятности у большего количества пациентов, было принято ориентироваться именно на ее результаты.

