

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ДО ТА ПІСЛЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Бортний М.О., Кузнецов І.В., Лаба О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
КЗОЗ "Харківська міська клінічна лікарня № 8", м. Харків, Україна

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) визнана ВООЗ одним з найпоширеніших серцево-легеневих захворювань в Америці та Європі. Клінічна діагностика є неточною для пацієнтів із підозрою на ТЕЛА. Частота ТЕЛА, виявлена при аутопсії серед госпіталізованих пацієнтів, за даними літератури складає 15-26 %. У однієї третини з цих випадків остання була причиною смерті хворих, причому більше, ніж у 70% з них ТЕЛА не підозрювалася клінічно. Джерелом легеневого ембола найчастіше є тромби у глибоких венах нижніх кінцівок, вушці правого передсердя або у правому шлуночку. Причини ТЕЛА і венозного тромбозу подібні. Рудольф Віхров назвав тріаду патогенетичних факторів ТЕЛА, яка визнається і сьогодні: 1) пошкодження стінки судини; 2) стан гіперкоагуляції; 3) стаз венозної крові. Основні причини ТЕЛА: гострий інфаркт міокарда, хронічна серцева недостатність, кардіоміопатія, вади серця, злоякісні пухлини, переломи нижніх кінцівок і ін. Виникненню ТЕЛА сприяють хірургічні втручання і пологи, ожиріння, вік понад 50 років, тромбоз глибоких вен кінцівок, рідше системний червоний вовчак, нефротичний синдром і ін.

Різноманітність рентгенологічної картини і довільна інтерпретація результатів дослідження приводять до того, що в ряді випадків ТЕЛА протікає під "маскою" інших патологічних станів. Слід відзначити, що навіть нормальна рентгенологічна картина не дозволяє виключити наявність ТЕЛА. Виходячи з цього, ТЕЛА вимагає найбільш достовірних для постановки діагнозу обстежень. Лікування ТЕЛА певною мірою є таким же агресивним, як і сама патологія, але лише при такому підході пацієнт отримує максимальний шанс вижити. У підтвердження вищесказаному ми і наводимо наступний випадок.

Вивчені дані клінічного, електрокардіографічного та променевого обстеження хворої з встановленим діагнозом розповсюдженної гострої двобічної тромбоемболії легеневих артерій.

Пацієнтка С., 72 роки. В анамнезі — артеріальна гіпертензія протягом 22 років; 15 років знаходиться під наглядом терапевта, регулярно приймає гіпотензивні препарати з хорошим ефектом. Близько 20 років тому перенесла ексципіцію матки з придатками і венектомію ліворуч з приводу первинного варикозного розширення поверхневих вен лівої гомілки і стегна. Має надлишкову масу тіла. Захворіла гостро, коли відзначила появу задишки при навантаженні, яку раніше переносила добре. Задишку пацієнтка пов'язала з погіршенням контролю артеріального тиску і збільшила дозу препарату,

що знижує тиск, після чого самопочуття покращилося. Повторний епізод погіршення стану розвинувся раптово через 7 днів, задишка набула характеру задухи, що супроводжувалось почуттям страху смерті, виник біль в ділянці серця. Хвора була госпіталізована. У стаціонарі в нижніх відділах лівої легені були виявлені хрипи і приглушення легеневого звуку, у зв'язку з передбачуваною пневмонією призначений курс антибактеріальної, дезінтоксикаційної терапії протягом 12 днів. За весь час лікування у хворої не було зафіксовано підвищення температури, кашлю, не виявлені переконливі ознаки запалення в клінічному аналізі крові. Терапія не дала очікуваного ефекту, задишка змінилася вираженою задишкою при мінімальному фізичному навантаженні. На рентгенограмі ОГК в день надходження визначені ознаки порушення гемодинаміки в МКК у вигляді венозного типу застою, однак були відсутні інфільтративні зміни в легенях (рис. 1), як і на повторному знімку 9 діб по тому (рис. 2). Також звертало на себе увагу відсутність позитивної клінічної динаміки на тлі антибактеріальної терапії. На 13-у добу перебування в стаціонарі у хворої був повторний напад задухи в поєднанні з інтенсивним болем в ділянці серця і зниженням рівня артеріального тиску.



Рис. 1. Оглядова рентгенограма ОГК при госпіталізації. Ознаки порушення гемодинаміки в МКК з венозним типом застою. Емфізема легень. Пневмофіброз.

За даними електрокардіографії (ЕКГ) даних за ТЕЛА не отримано — наявною була блокада правої гілки пучка Гіса, яка спостерігалась у пацієнтки з 2005 року. Важливою була відсутність ЕКГ ознак гострого інфаркту міокарду (рис. 3).



Рис. 2. Оглядова рентгенограма ОГК через 9 днів. Рентгенологічна картина практично без змін. Ознак інфаркт-пневмонії не визначається

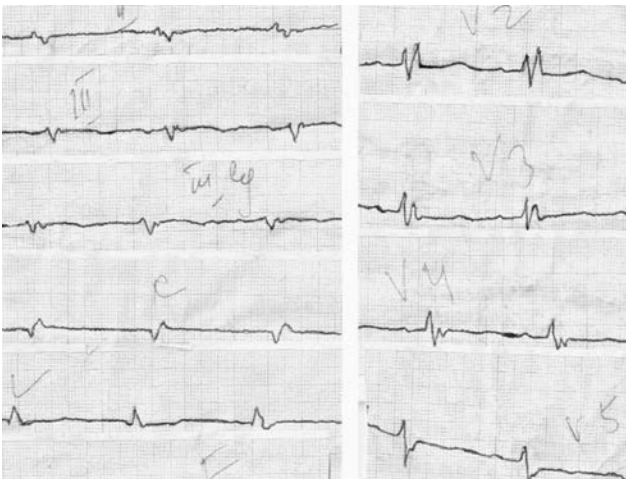


Рис. 3. Електрокардіограма при госпіталізації. Ритм синусовий. Блокада правої гілки пучка Гіса.

При дослідженні рівня D-дімера у крові виявлено значення 1,4 нг/мл, що вказувало на наявність "свіжого" тромбу. При доплер-ехокардіографічному дослідженні вен нижніх кінцівок був виявлений гострий тромбоз вен на рівні підколінного сегменту та дистальних 2/3 глибоких вен стегна справа (рис. 4).

При проведенні спіральної комп'ютерної томографії тромби були виявлені у головних, у всіх часткових, в окремих сегментарних легеневих артеріях з обох сторін у вигляді дефектів контрастування, які частково або повністю перекривали просвіток судин, що відповідає картині розповсюдженої гострої двобічної тромбоемболії легеневих артерій (рис. 5).

На 13-у ж добу була проведена тромболітична терапія (ТЛТ) Актилізе (сумарна доза 100 мг, введено 40 мг протягом 15 хвилин з подальшою інфузією 60 мг, які залишилися — до 2 годин) на фоні введення низькомолекулярного гепарину. При прийнятті рішення про проведення тромболітичної терапії лікарі керувалися рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів

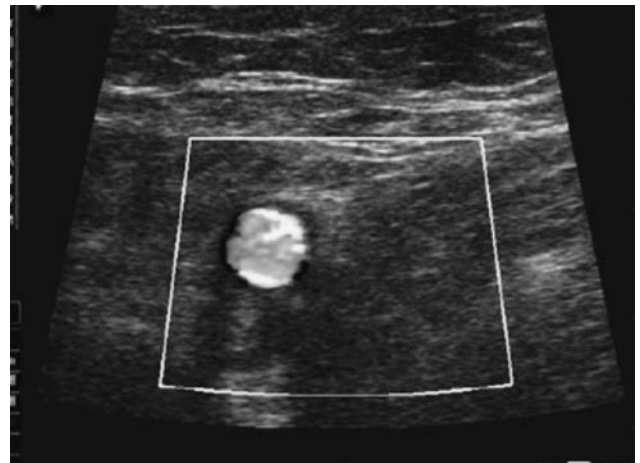


Рис. 4. Ультразвукове доплерівське дослідження вен нижніх кінцівок. Тромботичні маси на рівні підколінного сегменту та дистальних 2/3 глибоких вен стегна справа.

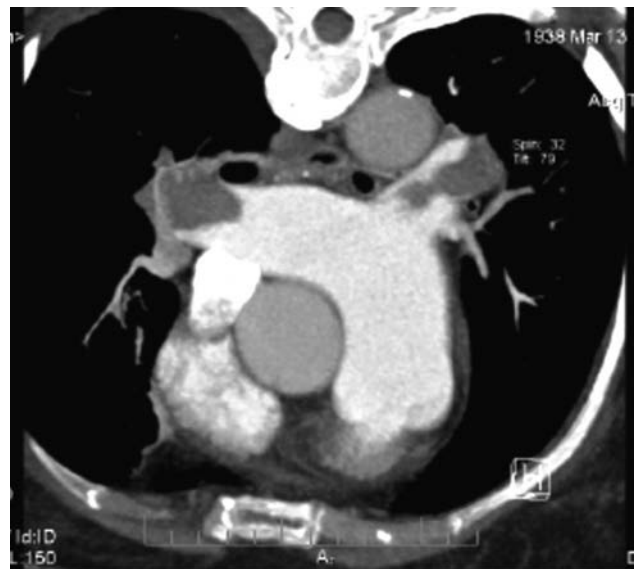


Рис. 5. КТ-ангіографія. Двобічна підгостра тромбоемболія легеневої артерії. В головних, часткових, деяких сегментарних та субсегментарних легеневих артеріях з обох сторін дефекти контрастування, які частково перекривають просвітки судин.

(2008), де проведення тромболітичної терапії рекомендується у межах 36-48 годин, але якщо симптоми зберігаються ТЛТ можлива до 14 днів від початку захворювання.

Після 10 днів після проведення ТЛТ визначалась виражена позитивна клінічна динаміка. Пацієнтці було проведено контрольне дослідження ЕКГ, де були визначені порушення процесів реполяризації у відведеннях V1-V4, що буває після гострого перенавантаження правого шлуночка (рис. 6).

При контрольній ехокардіографії позитивна динаміка визначалась у зниженні тиску в легеневій артерії до 31 мм рт. ст. (рис.7). Не було також даних на користь перенавантаження правого шлуночка, так як було відсутнім зміщення міжшлуночкової перегородки у діастолу у напрямку лівого шлуночка (рис. 8).

Хвора виписана додому в задовільному стані, в день виписки зі стаціонару самостійно пе-

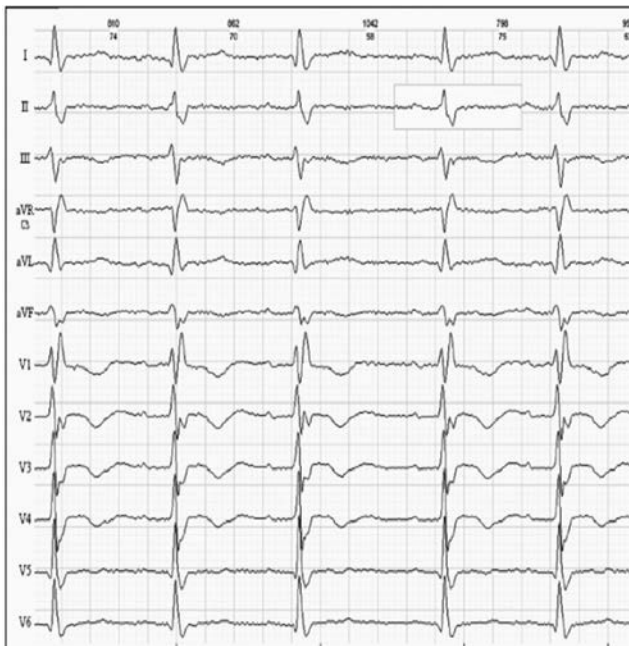


Рис. 6. ЕКГ через 10 діб після тромболітичної терапії. Порушення процесів реполяризації в відведеннях V1-V4, які бувають після гострого перенавантаження правого шлуночка

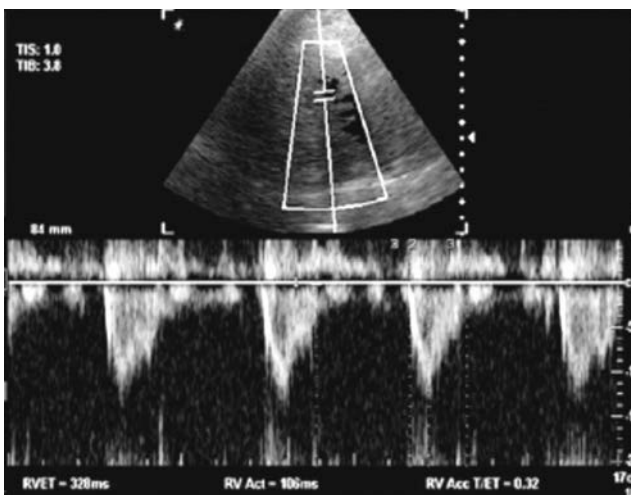


Рис. 7. Ехокардіоскопія через 10 діб після тромболітичної терапії. Відсутні виражені ознаки легеневої гіпертензії. Тиск в легеневій артерії до 31 мм. рт. ст.

реміщувалась по відділенню і всі процедури, пов'язані з випискою, також виконала самостійно.

Обговорення. Підводячи підсумки, необхідно все ж відповісти на питання, в чому незвичайність випадку? Адже, фактично, вже при госпіталізації пацієнтки була можливість припустити ТЕЛА за клінічними ознаками (задишка, біль у грудній клітці), невідповідністю аускультативної картини в легенях даним рентгенологічного дослідження ОГК (відсутність інфільтрації легеневої тканини). В подальшому ознаки захворювання у пацієнтки мали характерні особливості — динамічна однотипність (поєднання повторних нападів задухи в поєднанні з інтенсивним болем в ділянці серця і зниженням рівня артеріаль-



Рис. 8. Ехокардіоскопія через 10 діб після тромболітичної терапії. Відсутні ознаки перенавантаження правого шлуночка (немає зміщення міжшлуночкової перегородки під час діастолі в напрямку лівого шлуночка).

ного тиску з відсутністю клініко-лабораторних даних за пневмонію). На жаль, ТЕЛА була запідозрена тільки (і цьому також сприяв неповний анамнез) після третього нападу задухи та болі в грудній клітці. Звуження алгоритму пошуку — особливість випадку. Погодьтеся, діагностичний блок мав напрям виключення первинної патології бронхолегеневої системи (запалення легень), але можливість ТЕЛА у хворого на перших етапах не розглядалася. Недостатня настороженість щодо ТЕЛА у хворих із супутньою патологією за відсутності найбільш характерних факторів ризику — і являє собою "слабку ланку" в ланцюзі діагностичного пошуку.

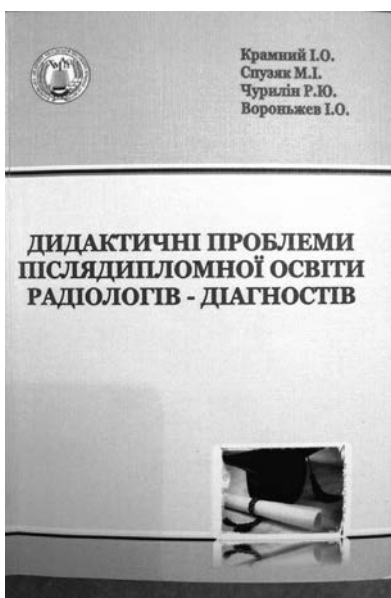
Оглядова рентгенографія ОГК дозволяє виключити іншу, ніж емболія, патологію легень, схожу за симптоматикою. Дилатація правих відділів серця, високе стояння діафрагми на боці оклюзії і збіднення легеневого судинного малюнка вказують на масивний характер емболічного ураження. На жаль, майже у третини хворих, за даними літератури, рентгенографічні ознаки тромбоемболії судин легень взагалі відсутні. "Класична" трикутна тінь легеневого інфаркту виявляється вкрай рідко (менше 2%), набагато частіше ТЕЛА проявляється великим поліморфізмом рентгенологічних змін.

Висновки. Таким чином, даний клінічний випадок продемонстрував роль променевих методів дослідження у діагностиці ТЕЛА та ефективність проведення ТЛТ у хворих з ТЕЛА в відстроченому періоді від моменту виникнення перших симптомів. Спіральна КТ легенева ангиографія повинна розглядатися як початковий візуалізаційний метод вибору, особливо в підгрупах пацієнтів з високим рівнем недіагностичних випадків (пацієнти з серцево-легеневою патологією в анамнезі чи пацієнти у яких на рентгенограмах ОГК були виявлені якісь зміни).

Література:

1. Бортний М.О., Крамний І.О., Мощенко В.Л., Бобкова І.Л. Проблеми та шляхи оптимізації променевої діагностики тромбоемболії легеневої артерії // Променева діагностика, променева терапія (Мат. наук.-практ. конф. "Стандарти променевої діагностики голови, шиї та грудної клітки (м. Ялта, 22-24 травня 2008 р.). — Київ, — 2008. — С. 18-19.
2. Крамний І.О., Чурилін Р.Ю., Бортний М.О. Невідкладна рентгенодіагностика пошкоджень та гострих захворювань грудної клітки (навчальний посібник для самостійної роботи лікарів-слухачів-рентгенологів, інтернів, пульмонологів в кредитно-модульній системі). — Харків, 2006. - 58 с.
3. Кулик Л.В., Процик І.С. Тромбоемболія легеневих артерій: де ми знаходимося на початку XXI століття? // Практична ангіологія. — 2006. — № 2. — С. 21-24.
4. Лазаренко В.А., Мишустин В.Н. Тромбоемболія легочної артерії у больных с травмой // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2005. — Т.11, №4. — С. 101-104.
5. Лазебкин Л.Б. Тромбоемболія легочної артерії. Современные подходы к диагностике и лечению. — М., Медицина. — 2002. — 127 с.
6. Мишалов В.Г., Амосова Е.Н. Тромбоемболія легочної артерії: современное состояние вопроса // Серце і судини. — 2004. — №1. — С. 6-11.
7. Мостовой Ю.М., Константинович Т.П. Тромбоемболія легочної артерії: диагностическая и лечебная тактика. Взгляд терапевта // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2006. — №2. — С.31-41.
8. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Task Force Report // Eur. Heart J. — 2000/ — V/21. — P. 1301-1336.
9. Sandler D.A., Martin J.F. Autopsy proven pulmonary embolism in hospital patients: are we detecting enough deep vein thrombosis? // J.R.Soc.Med. — 2008; 28 (4): 203-205.

НОВІ КНИГИ



Дидактичні проблеми післядипломної освіти радіологів-діагностів (навчальний посібник для викладачів кафедр променевої діагностики) /Крамний І.О., Спужак М.І., Чурилін Р.Ю., Вороньжев І.О. — Харків: ХМАПО, 2011. — 107 с.

Автори: кандидат медичних наук, доцент кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти **І.О. Крамний**; доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти **М.І. Спужак**; кандидат медичних наук, доцент кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти **Р.Ю. Чурилін**; кандидат медичних наук, доцент кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти **І.О. Вороньжев**.

Рецензенти: кандидат філософських наук, доцент, завідувач кафедри гуманітарних дисциплін Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України **І.О. Храброва**; декан педіатричного факультету Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, доктор медичних наук, професор **О.В. Грищенко**; доктор медичних наук, професор кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України **Ю.Т. Кіношенко**.

У посібнику наведені методики проведення занять за сучасними освітянськими технологіями, особливо при навчанні лікарів променевої діагностики, викладений досвід кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України по перебудові навчального процесу на засадах Болонської декларації, висвітлені актуальні проблеми підготовки променевої діагностики та проблеми якості навчання лікарів-рентгенологів у післядипломній освіті, наведена система післядипломного відбору слухачів для подальшого навчання у магістратурі і аспірантурі за фахом "Рентгенологія".

Даний посібник може бути корисним не тільки викладачам кафедр променевої діагностики, а і викладачам академії післядипломної освіти інших фахів.

Затверджено та рекомендовано до друку Вченою Радою Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України (протокол № 2 від 18 лютого 2011 р.).

Замовити книги можна за телефоном: +38044 503-04-39