

ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ

Т.А. Дядичева, Т.В. Сысойкина, В.Е. Сабадаш, Л.С. Долженко,
А.С. Липатникова, О.О. Титова, В.Ю. Глущенко
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является одной из самых распространенных и часто нераспознаваемых причин смерти у госпитализированных больных. Она регистрируется с частотой от 0,5 до 2,0 на 1000 населения в год, а у лиц старше 75 лет составляет 1 на 100 в год [1]. Почти в 70% случаев правильный диагноз при жизни не устанавливается. Без лечения смертность при ТЭЛА составляет около 30% [2,3]. По результатам секционных данных известно, что 2/3 случаев ТЭЛА протекают бессимптомно [4]. По данным литературы [5,6] глубокий венозный тромбоз в 50% случаях не сопровождается видимыми изменениями. Первым проявлением заболевания у больных может быть тромбоэмболия легочной артерии и ее сосудов. [7,8]. Источником ТЭЛА в 70-90% случаев является тромбоз в системе нижней полой вены, при массивной ТЭЛА, как правило, из проксимальных вен нижних конечностей [5]. Большую роль в патогенезе ТЭЛА играет рефлекторный бронхоспазм вследствие воздействия медиаторов из зоны тромбоза. Альвеолярная гиповентиляция и гипоксемия, гипертензия в системе легочной артерии, развитие острого и подострого легочного сердца, эмфизема легких и пневмосклероз способствуют формированию бронхообструктивного синдрома.

Результаты стандартных методов исследования используют для исключения заболеваний, протекающих со сходной клинической симптоматикой (инфаркт миокарда, пневмония и др.). К чувствительным методам диагностики относят определение уровня D-димера в крови, ЭхоКГ, спиральную компьютерную томографию грудной клетки, вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию легких, ангиопульмонографию [8, 9]. При развитии инфаркта легких может быть умеренная гипербилирубинемия, лейкоцитоз и повышение СОЭ.

Довольно часто ТЭЛА развивается на фоне других заболеваний легких и сердца. Диагноз своевременно не устанавливается, ухудшение состояния пациента рассматривается как декомпенсация имеющейся сердечно-легочной патологии. Это затрудняет своевременную диагностику и адекватное лечение больного [9].

Трудности ранней диагностики ТЭЛА у пожилого больного бронхиальной астмой с бронхообструктивным синдромом демонстрирует следующий **клинический случай**.

Пациент, 76 лет, поступил в пульмонологическое отделение городской больницы в экстренном порядке с жалобами на одышку смешанного характера, частые приступы удушья, некупирующиеся ингаляциями беродуала и серетида, сухой кашель, слабость. Направлен участковым врачом с диагнозом: персистирующая бронхиальная астма III ст., средней тяжести, обострение ХЛН I - II ст., астматический статус (без указания стадии). Состояние ухудшилось три дня назад, когда появились одышка и приступы удушья. За медицинской помощью сразу не обратился. Принимал самостоятельно ингаляционные препараты. Появление первого приступа удушья на фоне хронического обструктивного бронхита и повышении артериального давления (до 180/100 мм рт. ст.) отмечает в течение трех лет. Получал гормональную терапию. Установлено состояние средней тяжести. Частота дыхания (ЧД) - 26 уд/мин, пульс 118 уд/мин., АД - 150/100 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент второго тона на легочной артерии. Аускультативно - в легких ослабленное дыхание и рассеянные сухие хрипы. Печень и селезенка не увеличены, метеоризм. Варикозное расширение вен не определяется. Периферических отеков нет. На обзорной рентгенограмме грудной клетки - признаки хронического бронхита, эмфиземы легких, пневмофиброза. На УЗИ органов грудной клетки - умеренная дилатация правого предсердия и значительная легочной артерии, гипертрофия левого желудочка и передней стенки правого желудочка. Общий анализ крови (ОАК) - лейкоцитоз 12,0×10⁹/л, СОЭ - 22 мм/час. Показатели свертывающей системы крови нормальные, незначительная гипербилирубинемия. Протеинограмма и содержание общего белка нормальные. На ЭКГ - тахикардия - 118 уд/мин, признаки перегрузки левого желудочка. Клинический диагноз: персистирующая бронхиальная астма III ст. (неконтролируемая), средней тяжести, обострение. Хронический бронхит, эмфизема легких, пневмосклероз, ИБС, диффузный кардиосклероз: ХЛН II ст., суправентрикулярная тахикардия, СН ПБ -III ст., ФК III-IV ст.

Проводилось стандартное лечение, включающее антибактериальные, гормональные, бронхолитические и гипотензивные препараты, симптоматическая терапия. На фоне субфебрилитета на 5 день повысилась температура до 39°C, усилились одышка и кашель с выделением вязкой слизистой мокроты. Выявлены признаки ОРВИ. На рентгенограмме инфильтрации легочной ткани не было, в общем анализе крови -лейкоцитоз 12,6 10⁹/л и увеличение СОЭ (14мм/ час). Аускультативная картина сердца и легких была прежней. У больного однократно были кровянистые выделения из носа. До 12-го дня госпитализации состояние без существенной положительной динамики. Продолжалась одышка смешанного характера и приступы удушья, гемодинамические показатели были относительно стабильными. На 13-е сутки больной внезапно потерял сознание. Появился диффузный цианоз кожи, остановка сердца и патологическое дыхание. Констатированы признаки клинической смерти. Реанимационные мероприятия были неэффективными, зафиксирована смерть. Идентифицировать ТЭЛА стало возможным только при развитии критического состояния и появлении на ЭКГ признаков перегрузки правого желудочка. Анализ крови на Д-димеры методом коагулографии - 1115 п.пд. FEU ml (положительный). Установлен посмертный диагноз массивной тромбоэмболии легочной артерии. Патологоанатомический диагноз: Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей. Массивная тромбоэмболия легочной артерии, застойное полнокровие внутренних органов. Диффузный кардиосклероз. Бронхиальная астма. Хр. обструктивный бронхит. Заключение: смерть больного наступила в результате тромбоза глубоких вен нижних конечностей левой голени и левой подвздошной вены, осложненного рецидивирующей массивной тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). В просвете венозных сосудов всех калибров и в мельчайших сосудах обоих легких обнаружены тромбы темно-коричневого цвета.

Анализируя случай клинического наблюдения можно предположить, что манифестация заболевания началась с немассивной ТЭЛА. Дифференцировать ее с обострением хронического бронхита и бронхиальной астмой было сложно. Анамнез, симптоматика и данные проведенного обследования укладывались в картину бронхообструктивного синдрома и легочно-сердечной недостаточности, обусловленной хроническим воспалительным процессом в бронхах и бронхиальной астмой.

Выводы

1. Трудности ранней диагностики ТЭЛА заключаются в сходстве клинических симптомов ТЭЛА с проявлениями бронхиальной астмы и обострения хронического обструктивного бронхита и в бессимптомном течении заболевания при отсутствии местных проявлений тромбофлебита глубоких вен голени, R-логических и электрокардиографических признаков ТЭЛА, что становится причиной поздней диагностики этой патологии.

2. Для ранней диагностики ТЭЛА при наличии длительного бронхообструктивного синдрома и отсутствии эффекта стандартного лечения необходима профессиональная ориентация врача на вероятность этой патологии, комплексное обследование и профилактическое лечение.

Литература

1. Kroegel C. Principle mechanisms underlying venous thromboembolism: epidemiology, risk factors, pathophysiology and pathogenesis / C. Kroegel, A. Reissig // *Respiration*. – 2003. – Vol. 70(1). – P. 7-30.
2. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии: патофизиология, клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / М.В. Мельник, И.Д. Санодзе, И.Л. Сиротина, А.М. Шилова // РМЖ. – 2003. – Том 11, № 962. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_623.htm
3. Бахирев А. М. Тромбоэмболия легочной артерии в практике интерниста: учебное пособие / А.М. Бахирев, М.В. Лизенко, В.И. Петровский. – Петрозаводск.: Изд-во ПетрГУ, 2006. – 92 с.
4. Матюшенко А.А. Тромбоэмболия легочных артерий как общемедицинская проблема [Электронный ресурс] / А.А.Матюшенко // РМЖ. – 1999. – Том 7, № 13. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_1925.htm
5. Яковлев В.Б. Тромбоэмболия легочной артерии: патофизиология, диагностика, лечебная тактика [Электронный ресурс] / В.Б. Яковлев, М.В. Яковлева // *Consilium medicum*. – 2005. – Том 07, № 6. – Режим доступа: http://con-med.ru/magazines/consilium_medicum/214494/214371/
6. Верткин А.Л. Тромбоэмболия легочной артерии [Электронный ресурс] / А.Л. Верткин, В.Л. Бараташвили, С.А. Беляева // *Consilium medicum*. – 2006. – Том 08, № 12. – Режим доступа: http://con-med.ru/magazines/consilium_medicum/212573/212526/?sphrase_id=11588
7. Kostadima E. Pulmonary embolism: pathophysiology, diagnosis, treatment / E. Kostadima, E. Zakynthinos // *Hellenic. J. Cardiol*. – 2007. – Vol. 48(2). – P. 94-107.
8. Riedel M. Diagnosing pulmonary embolism / M. Riedel // *Postgrad. Med. J.* – 2004. – Vol. 80 (944). – P. 309-319.
9. Тромбоэмболия легочной артерии в практике интерниста: Учебное пособие / А. М. Бахирев, М. В. Лизенко, В. И. Петровский. – Петрозаводск.: Изд-во ПетрГУ, 2006. – 92 с.

Дядичева Т.А., Сысойкина Т.В., Сабадаш В.Е., Долженко Л.С., Липатникова А.С., Титова О.О., Глущенко В.Ю. *Трудности ранней диагностики тромбоэмболии легочной артерии при бронхоспастическом синдроме.*

ТЭЛА - трудная для диагностики и очень распространенная причина смерти у госпитализированных больных пожилого возраста. В патогенезе ТЭЛА значительное место занимает бронхоспазм и обструкция бронхов. Клинические симптомы ТЭЛА во многом сходны с заболеваниями легких и сердечно - сосудистой системы. Приведено клиническое наблюдение больного 76 лет, у которого отсутствовали местные признаки тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей. ТЭЛА маскировалась длительным, тяжелым течением бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита. Отсутствие явных симптомов ТЭЛА стало причиной поздней диагностики. При длительном бронхообструктивном синдроме и отсутствии эффекта стандартного лечения необходима профессиональная ориентация врача на вероятность этой патологии.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), бронхоспастический синдром, хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, тромбофлебит, клинический пример.

Резюме

Дядичева Т.О., Сисойкина Т.В., Сабадаш В.Е., Долженко Л.С., Липатникова Г.С., Титова О.О., Глущенко В.Ю. *Трудности ранней диагностики тромбоэмболии легочной артерии при бронхоспастическом синдроме.*

ТЕЛА - важка для діагностики і дуже поширена причина смерті у госпіталізованих хворих похилого віку. В патогенезі ТЕЛА значне місце займає бронхоспазм і обструкція бронхів. Клінічні симптоми ТЕЛА в багатьох випадках схожі з захворюваннями легень і серцево - судинної системи. Приведено клінічне спостереження над пацієнтом 76 років. У хворого були відсутні локальні ознаки тромбофлебіта глибоких вен нижніх кінцівок. ТЕЛА маскувалась тяжким перебігом бронхіальної астми і хронічного обструктивного бронхіту. Безсимптомна течя хвороби була причиною несвоєчасної діагностики. При наявності тривалого бронхообструктивного синдрому і відсутності ефекту від стандартної терапії необхідна професійна орієнтація лікаря на вірогідність цієї патології.

Ключові слова: тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), бронхоспастичний синдром, хронічний обструктивний бронхіт, бронхіальна астма, тромбоемболія, клінічне спостереження.

Summary

Dyadicheva T.A., Sysoykina T.V., Sabadash V.E., Dolgenko L.S., Lyapatnikova A.S., Titova O.O., Gluschenko V.Yu. *Difficulties of early clinical diagnostics of pulmonary embolism in bronchospastic syndrome.*

PE presents difficulties in diagnostics and is a very common cause of death of elderly patients. Bronchospasm and obstruction of the bronchial tubes has an important place in pathogenesis of pulmonary embolism. Clinical symptoms of pulmonary embolism has many respects similar to lung diseases and cardio - vascular system. Powered by clinical observation of the patient 76 years. He has no local signs of deep vein thrombosis of the lower extremities. PE is masked a long time by severe bronchial asthma and chronic obstructive bronchitis. Absence symptoms of pulmonary embolism was the cause of late diagnosis. Prolonged bronchoobstructive syndrome and the absence of effective standard treatment requires professional medical orientation on the probability of this disease.

Key words: pulmonary artery embolism (PE), bronchospastic syndrome, chronic obstructive bronchitis, bronchial asthma, thrombosis, clinical example.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова

СПІЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯМ

Л.М. Іванова, Є.О. Луговський

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

В наш час патологія біліарної системи посідає одне з провідних місць серед захворювань внутрішніх органів [1, 3, 5, 9]. За останні десятиріччя захворюваність на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) збільшилась в Україні на 35,3% [2, 4, 5, 8]. При цьому патологія жовчного міхура все частіше поєднується з серцево-судинними захворюваннями, в тому числі з ішемічною хворобою серця (ІХС), яка залишається основною причиною інвалідизації та смертності населення [6, 7]. Водночас зростає кількість осіб з ожирінням, яке носить характер пандемії, та відмічається майже в 80% випадків при наявності патології гепатобіліарної та серцево-судинної систем [10].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконана згідно з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом теми НДР за темою: «Реабілітація хворих зі сполученою терапевтичною патологією» (№ держреєстрації 0106U0010837).

Метою дослідження було встановити спільні фактори ризику розвитку поєднаною патології у вигляді хронічного некалькульозного холециститу, ішемічної хвороби серця та ожиріння.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом перебувало 57 хворих на ХНХ у поєднанні з ІХС та ожирінням, жінок - 69,7%, чоловіків - 30,3%.

ХНХ та ІХС класифікували згідно рекомендації та клінічних протоколів (Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. № 271, Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436, рекомендації Української асоціації кардіологів, 2011). Для діагностики ожиріння та визначення його ступеню використовували класифікаційні критерії ВООЗ з визначенням індексу маси тіла (ІМТ). Вік обстежених хворих перебував у межах від 23 до 59 років. Вікові групи визначалися згідно класифі-