

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Шолкова М.В., Царев В.П.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
кафедра пропедевтики внутренних болезней*

Распространенность тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) за последние десятилетия значительно увеличилась. По эпидемиологическим данным, частота развития ТЭЛА составляет 0,5-2,0 случая на 1000 населения (5,), а у лиц старше 75 лет может достигать 1 случая на 100 человек в год (1,10). Данные анализа патологоанатомических вскрытий указывают на более чем двукратный рост частоты летальной ТЭЛА в Минске за последние 30 лет (с 7,1 на 100 тыс. населения в 70-е годы до 16,6 в 2009г) (2). Распространенность ТЭЛА растет в большей степени при терапевтической, нежели хирургической патологии. (2,4) Среди пациентов с ТЭЛА преобладают больные

терапевтического профиля (60-80%), хирургических пациентов только около четверти, и около 10% онкологических больных (3,9). Даже с учетом современных возможностей, прижизненная диагностика ТЭЛА не достигает 60%. (6) Риск смерти при развитии ТЭЛА достаточно высок, особенно при несвоевременной диагностике, а также развитии массивного или субмассивного тромбоза. (7, 8). У гемодинамически нестабильных пациентов госпитальная летальность превышает 30%; у пациентов с немассивной ТЭЛА риск смерти менее 5% на протяжении 30 суток (11, 12).

Цель исследования.

Оценка распространенности, структуры, возрастных и половых особенностей различных сопутствующих заболеваний у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии, госпитализированных в терапевтические отделения многопрофильного стационара для оптимизации её ранней диагностики, прогноза и профилактики.

Материалы и методы.

В исследование были включены пациенты, находившиеся на стационарном лечении в 6 ГКБ г. Минска за период с 01.01.2012 по 01.11.2013г. с заключительным диагнозом, включавшим в качестве основного заболевания или осложнения основного заболевания тромбоэмболию легочной артерии. Критерием включения служила верификация диагноза по данным компьютерной томографии органов грудной клетки с контрастированием. Критерием исключения были хирургические оперативные вмешательства либо значительная травма на протяжении последних трех месяцев.

Результаты.

Всего в терапевтических отделениях 6 ГКБ за указанный период было госпитализировано 13887 пациентов терапевтического профиля. По данным КТ ОГК с контрастированием диагноз ТЭЛА был выставлен 103 пациентам (0,74%). Средний возраст пациентов с ТЭЛА $66,7 \pm 12$ лет. Мужчины составляли 53,4%. За период стационарного лечения умерло 8 человек (7,8%). Тромболизис был проведен 5 пациентам (4,8%), 1 пациенту была проведена эмболэктомия.

При анализе фоновых заболеваний пациентов с тромбоэмболией легочной артерии обращает на себя внимание значительное преобладание заболеваний сердечно-сосудистой системы, ишемическая болезнь сердца наблюдалась у 89 пациентов (86,4%). Только у 14 пациентов (13,6%) отсутствовала ИБС, но и тогда в 5 случаях имело место тяжелое поражение

сердца (ДКМП, алкогольная кардиомиопатия, ВПС и два случая инфекционного эндокардита).

Постинфарктный кардиосклероз был отмечен у 22 пациентов (21,3%), атеросклеротический – у 65% (n=67), четыре пациента (3,8%) имели в анамнезе оперативные вмешательства на сердце. У 7 человек (6,8%) ТЭЛА развилась на фоне острого инфаркта миокарда (в том числе у 2 – субэндокардиальный ИМ, у 5 – крупноочаговый). 5 пациентов (4,8%) страдали ХРБС. Один больной имел сочетание ОНМК и ТЭЛА. Два пациента страдали инфекционным эндокардитом (рис . 1).

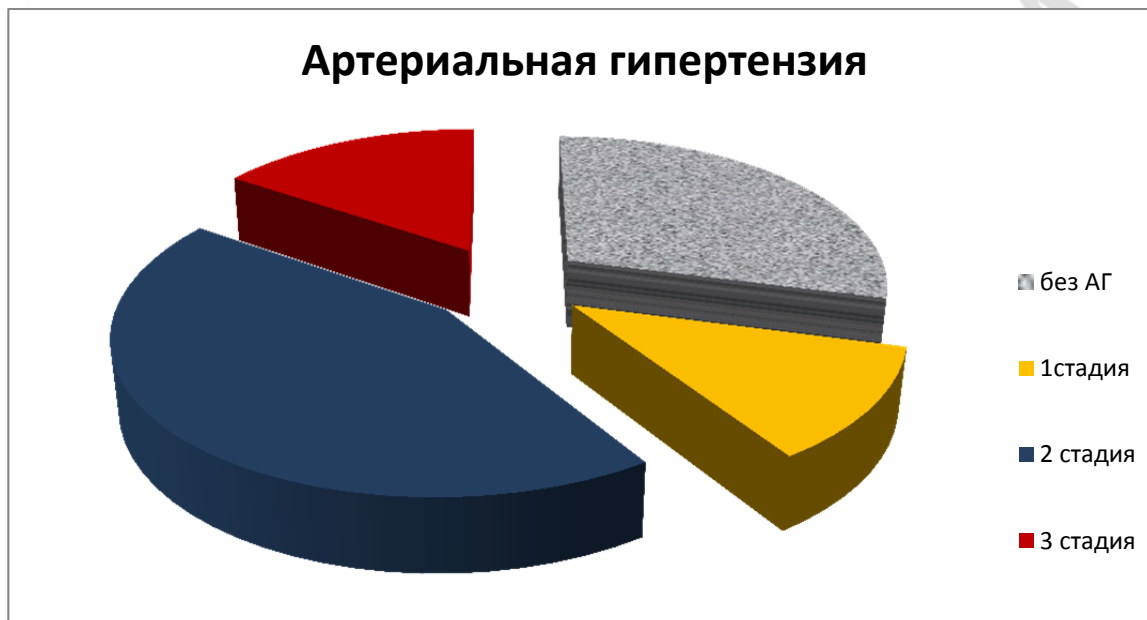
Рис 1 . Структура сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ТЭЛА.



Абсолютное большинство пациентов (80 человек, 77,7%) имели различные нарушения ритма. В том числе у 38 (42,7%) человек наблюдалась постоянная форма, а у 11(10,7%) – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, 4 пациента (3,9%) страдали синдромом слабости синусового узла, у 31 человек (30,1%) были другие нарушения ритма (желудочковые или с/в экстрасистолии, а-в блокады различной степени). Так как непосредственно ТЭЛА может провоцировать нарушения ритма, значимыми для фонового состояния можно считать только те аритмии, которые наблюдались у пациента до настоящей госпитализации. Постоянная форма ФП и СССУ в 100% была диагностирована до поступления пациентов в стационар. Пароксизмальная форма ФП и другие нарушения ритма в половине случаев развилась впервые.

Артериальная гипертензия отмечалась у 70,9% пациентов (n=73). 1 степень гипертензии выявлена у 12 пациентов (11,7%), 2 степень – у 45 (43,7%), 3 степень – у 16 (15,5%). (рис.2)

Рисунок 2. Артериальная гипертензия у пациентов с ТЭЛА.

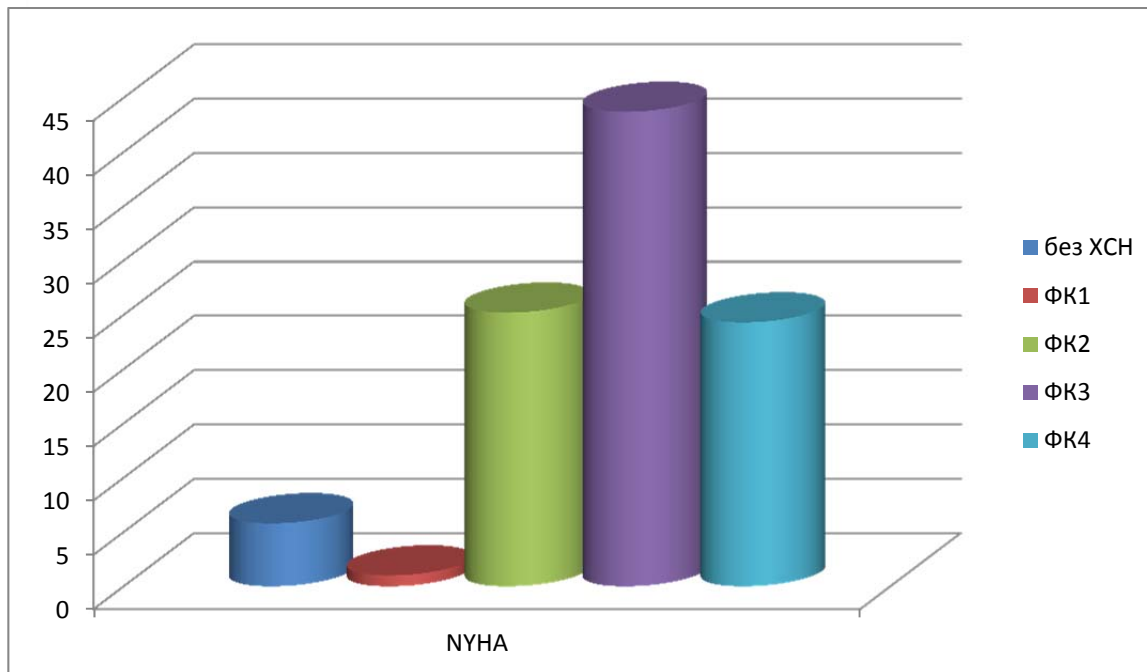


У всех пациентов, страдавших ИБС, и у половины пациентов без ишемической болезни сердца отмечалась хроническая сердечная недостаточность (ХСН). При оценке по NYHA пациенты распределялись следующим образом: ФК 0 – 6(5,8%), ФК 1 -1(1%), ФК 2 -26(25,2%), ФК 3 – 45(43,7%), ФК 4 -25(24,3%)(рис.3).

При анализе заболеваний других, кроме сердечно-сосудистой, систем и органов у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии были получены следующие данные:

В 24 случаях (23,3%) основным заболеванием был тромбоз либо тромбоз, в том числе 22 (21,3%) случаях вовлекались вены нижних конечностей, у одного пациента был диагностирован тромбоз нижней полой вены и у одного – тромбоз правого предсердия. Только одна пятая часть пациентов с венозными тромбозами (20,8%, n=5) не имела признаков хронической сердечной недостаточности.

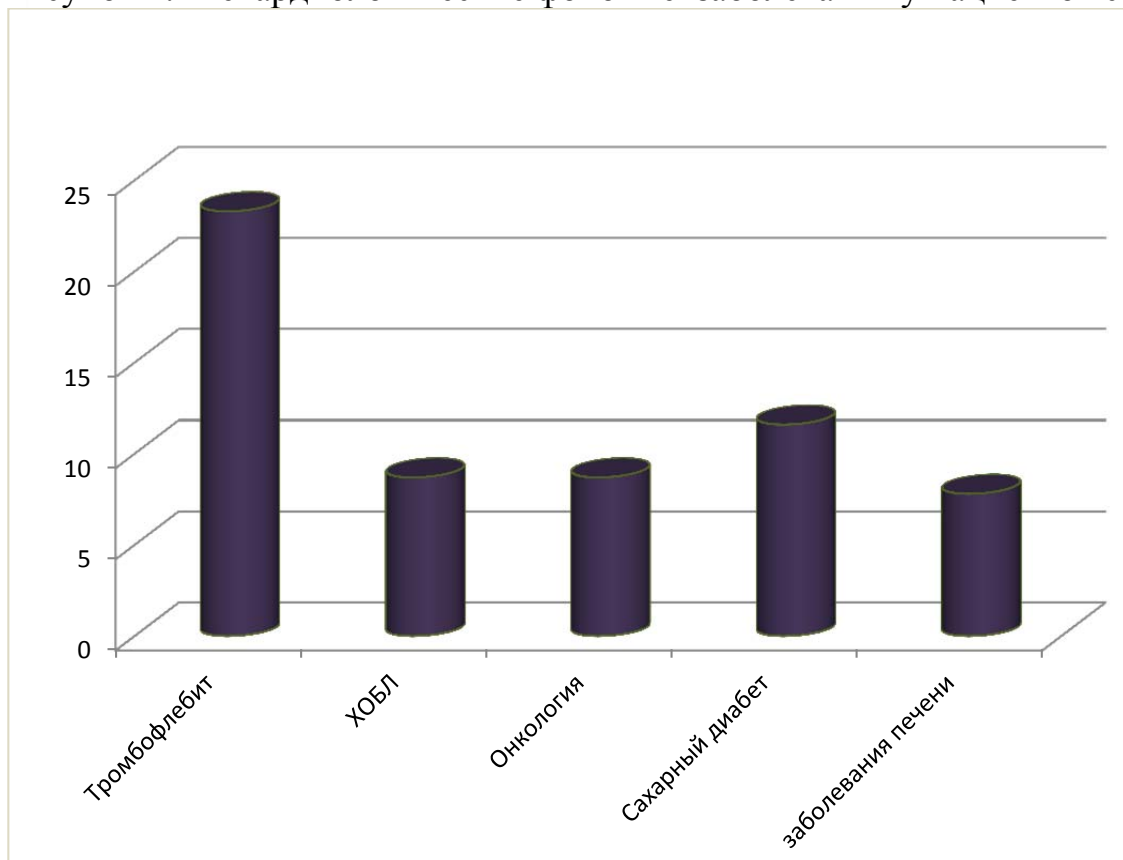
Рисунок 3. Функциональные классы ХСН у пациентов с ТЭЛА (НУНА).



Определенная часть пациентов имела онкологические заболевания: 9 человек (8,7%). Три пациентки страдали раком молочной железы, трое имели злокачественные новообразования мочевыделительной системы, двое – кишечника, один – кроветворной системы. Сахарный диабет в качестве фонового заболевания был отмечен у 12 человек (11,6%). Из заболеваний органов дыхания наиболее часто встречалась хроническая обструктивная болезнь легких, её частота - 8,7% (9 человек). Заболевания печени (гепатиты, циррозы различной этиологии) были отмечены в 8 случаях (7,8%) (рис.4). Сочетанная патология (сочетание заболеваний сердечно-сосудистой системы и других фоновых заболеваний) отмечались у 84% от всех случаев ТЭЛА.

Пациенты с сопутствующей ишемической болезнью сердца в среднем были старше, эти больные имели большее количество других сопутствующих заболеваний и более высокий риск смерти. В частности, из 8 умерших пациентов 7(87,5%) страдали различными формами ИБС (только 1 больной страдал инфекционным эндокардитом). Некардиологические фоновые заболевания наблюдались у 5 умерших пациентов (62,5%). Средний возраст умерших пациентов $72,2 \pm 13,1$, соотношение мужчин и женщин 1:1.

Рисунок 4. Некардиологические фоновые заболевания у пациентов с ТЭЛА.



При анализе пациентов с тромбозом легочной артерии в зависимости от пола получены следующие данные: в целом среди пациентов мужчины составляли 53,4%; среди пациентов с ТЭЛА на фоне ИБС – 51,7%; без ИБС – 64,3%. Пациенты с ТЭЛА и артериальной гипертензией, а также с венозными тромбозами незначительно отличались от общей выборки: мужчин среди них было 47,8% и 46,5% соответственно. В 80% всех случаев венозные тромбозы развивались на фоне ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности.

При оценке возраста пациентов с различными фоновыми состояниями можно отметить, что пациенты, страдавшие ИБС, были старше – $69,6 \pm 9,9$ лет, пациенты без ишемической болезни сердца были моложе - $48 \pm 8,9$ лет ($p=0,02$). Больные с артериальной гипертензией имели средний возраст $69,1 \pm 10,2$ лет ($p=0,048$), пациенты с диагностированным тромбофлебитом незначительно отличались по возрасту: $64,8 \pm 11,8$ ($p=0,45$).

Выводы.

1. Частота выявляемости ТЭЛА по данным КТ ОГК с контрастированием у больных терапевтического профиля составляет 0,74%.

-
2. В структуре фоновых заболеваний преобладает ИБС (86,4%), на втором месте артериальная гипертензия (70,9%), венозные тромбозы только на третьем месте, что может быть связано с недостаточной доступностью и информативностью прижизненной диагностики.
 3. Риск ТЭЛА на фоне ИБС и АГ увеличивается в возрасте старше 65 лет.
 4. Венозные тромбозы как причина ТЭЛА у терапевтических больных, как правило, развиваются на фоне ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности.
 5. С целью профилактики ТЭЛА у терапевтических пациентов с высоким риском её развития необходима адекватная антикоагулянтная терапия.

Литература

1. Багрова, И.В., «Прогностические факторы неблагоприятного исхода при тромбоэмболии легочной артерии у больных ишемической болезнью сердца» / И.В.Багрова, Г.А. Кухарчик, В.И. Серебрякова //Пульмонология, 2011г. №6 с 54-57.
2. Баешко, А.А. «Распространенность летальной тромбоэмболии легочной артерии в Минске» / А.А. Баешко, А.Ю.Подрез, А.Ф.Пучков и др. //Здравоохранение, 2012г. №9 с 18-22.
3. Буданова, И.В, Особенности клиники, диагностики тромбоэмболии легочных артерий. / И.В Буданова, А.А. Овчинникова //Материалы 10 юбилейного съезда кардиологов и терапевтов «От профилактики к высоким технологиям» 2011г. Рязань, с 195-196.
4. Небылицин, Ю.С. «Структура летальности при тромбоэмболии легочной артерии в стационарах Витебска за 15 лет» / Ю.С.Небылицин, С.А.Сушков, И.В. Самсонова и др. //Новости хирургии 2008г. №1. Т.16, с 62-66.
5. Сулимов, В.А. «Распространенность и профилактика тромбоэмболий в клинической практике: российские результаты международного регистра ENDORSE» / В.А. Сулимов., С.М. Беленцов, Н.И Головина и др. //Клиническая фармакология и фармакотерапия 2008 №17(3) с 32-36.
6. Тромбоэмболия легочной артерии (под ред. С.Н. Терещенко.) М: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-83с.
7. Courtney, D.M. Clinical features from the history and physical examination that predict the presence or absence of pulmonary embolism in symptomatic emergency department patients: results of a prospective, multicenter study. / D.M. Courtney, J.A. Kline, C. Kabrhel, et al. //Ann Emerg Med. 2010 Apr;55(4):307-315.e1.

8. Casazza, F. Clinical features and short term outcomes of patients with acute pulmonary embolism. / F. Casazza, C.Becattini, A. Bongarzoni et al //Thromb Res. 2012 Dec;130(6) p 847-52.

9. Goldhaber, S.Z. Acute pulmonary embolism. Part1/ S.Z. Goldhaber, C.G. Elliott //Circulation.-2003,№108. P. 2726-2729.

10. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism: Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology// Europ. Heart J. — 2008. — 29. — 2276-2315.

11. Lin, B.W. Therapy and outcomes in massive pulmonary embolism from the Emergency Medicine Pulmonary Embolism in the Real World Registry./ B.W. Lin, Schreiber D.H., Liu G, Briese B., Hiestand B., et al //Am J Emerg Med. 2012 Nov;30(9):1774-81.

12. Snow, V. Management of Venous Thromboembolism: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians / V.Snow, A. Qaseem, P. Barry et al. // Ann. Fam. Med. — 2007. №5. p. 74-80.