

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Савицкая О.В., Кострова Е.М.

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии,
Белорусский государственный медицинский
университет, г. Минск*

Ключевые слова: тромбоэмболия, легочная артерия, сахарный диабет.

Резюме: Сахарный диабет существенно изменяет клиническую картину тромбоэмболии легочной артерии в сторону бессимптомного течения. Лабораторный показатель D-димеров является недостаточно специфичным для верификации диагноза ТЭЛА.

Resume: Diabetes essentially changes the clinical picture of pulmonary embolism in the direction asymptomatic. Laboratory indicators D-dimer is not specific enough to verify the diagnosis of pulmonary embolism.

Актуальность: ТЭЛА является одной из причин внезапной смерти после инфаркта миокарда и инсульта. Также ТЭЛА занимает третье место среди причин смерти от сердечнососудистых заболеваний [1, 4, 5].

Важная роль сахарного диабета 2-го типа (СД 2 типа) в развитии фатального ТЭЛА обусловлена его осложнениями. Нарушение липидного обмена приводит к раннему развитию атеросклероза, формированию ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности. Множественные изменения метаболизма, обусловленные нарушением углеводного обмена, способствуют повышению вязкости крови [2]. Связанные с диабетической ангио- и нейропатией нарушения кровоснабжения нижних конечностей приводят к постепенному снижению физической активности, а также подвергают эту категорию пациентов ампутации нижних конечностей [3]. Повышение уровня биохимических маркёров повреждения миокарда в крови может способствовать более ранней диагностике и более успешному лечению тромбоэмболии легочной артерии.

Цель: изучить особенности развития и клинического течения тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Задачи:

1. Выявить особенности клинического течения ТЭЛА у пациентов в зависимости от наличия СД 2 типа.

2. Определить изменения лабораторных критериев Д-димеров, тропонина, креатинфосфокиназы (КФК) общей и МВ фракции (КФК-МВ) у пациентов с ТЭЛА в зависимости от наличия СД 2 типа на догоспитальном этапе.

Материал и методы: был проведен ретроспективный анализ 110 историй болезни пациентов с ТЭЛА за 2015 год на базе УЗ «1-я ГКБ» г. Минска.

Исследование проводилось на двух этапах: на первом этапе изучалась характеристика клинических симптомов ТЭЛА у лиц с СД 2 типа и в группе с тромбоэмболией в целом; на втором этапе – особенности течения ТЭЛА у пациентов с СД 2 типа. Было проанализировано 110 историй болезни пациентов с ТЭЛА за 2015г. Все умершие от ТЭЛА пациенты были разделены на две группы: 1-я (А) - 56 пациентов с ТЭЛА средний возраст которых составил $66,98 \pm 13,19$ года, 2-я (В) – 54 пациента с ТЭЛА и СД 2 типа, средний возраст $70,37 \pm 14,56$ года.

Результаты и их обсуждение: Проведенное нами исследование показало, что у пациентов с ТЭЛА на фоне сахарного диабета (группа В) клиническая картина протекает менее выражено, чем у пациентов группы А.

Таблица 1. Результаты и их обсуждение: Сравнительная характеристика клинических симптомов ТЭЛА у лиц с сахарным диабетом и в группе с тромбоэмболией в целом.

Клинические симптомы	Группа А, n=56	Группа В, n=54
Боли за грудиной	11(19,6%)	5(9,3%)
Внезапная одышка	42(75%)	19(35,2%)
Внезапная общая слабость	15(26,8%)	12(22,2%)
Кашель	20(35,7%)	1(1,8%)
Кровохарканье	13(23,2%)	-
Потеря сознания	11(19,6%)	4(7,4%)
Бессимптомно	6(10,7%)	11(20,4%)

Внезапная одышка и боли за грудиной в группе А встречаются почти в 2 раза чаще. При наличии фона в виде СД 2 типа потеря сознания у пациентов встречается в 2,6 раз реже. При этом кашель и кровохарканье в клинической картине пациентов группы В практически не встречались. Бессимптомное течение превалировало в 2 раза в группе пациентов с ТЭЛА на фоне СД 2 типа (Табл.1).

Таблица 2. Клиническая характеристика пациентов, умерших на госпитальном этапе лечения.

Клинические показатели	Группа А, n=56	Группа В, n=54
------------------------	----------------	----------------

Длительность пребывания пациента в стационаре, койко-день	3,64±4,4	2,8±3,1
Умерли в первые сутки заболевания	46,4%	55,6%

По данным таблицы 2 видно, что длительность пребывания пациента в стационаре статистически значимую разность не имеет. Вместе с этим в группе пациентов с ТЭЛА, отягощенных СД 2 типа, летальность в первые сутки заболевания практически на 10% выше, чем в группе без СД 2 типа.

Также пациентам на госпитальном этапе проводилось исследование Д-димеров, нормальным значением считался уровень ниже 500нг/мл. Превышение данного значения было выявлено в 89% случаев. У 11% пациентов с верифицированным диагнозом ТЭЛА уровень Д-димеров находился в пределах нормы. При этом более резкое увеличение показателя Д-димеров наблюдается в группе В. Значение выше 2500 нг/мл для группы В встречались в 50% случаев, а для группы А в 32% соответственно. Нормальными считались следующие значения: КФК общая ниже 200ЕД/л, КФК-МВ ниже 24ЕД/л, тропонин I ниже 0,05нг/мл. Повышение КФК-МВ наблюдалось у 42 пациентов с ТЭЛА в группе В (77,8%) и 38 (67,9%) пациентов в группе А. Уровень тропонина повысился в 11 (19,6%) случаях группы А и у 15 – группы В (27,8%).

Выводы:

1. У пациентов с ТЭЛА на фоне сахарного диабета клиническая картина менее выражена и чаще протекает бессимптомно.
2. Наличие СД учащает случаи досуточной летальности у пациентов с ТЭЛА.
3. Стандартный тест определения Д-димеров не достаточно специфичный для верификации диагноза тромбоэмболии легочной артерии.
4. Кардиоспецифические ферменты могут использоваться для диагностики тромбоэмболии легочной артерии. Тропонин является более чувствительным маркером по сравнению с креатинфосфокиназой.

Литература

1. Баешко, А.А. Послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболия легочной артерии // Эпидемиология. Этиопатогенез. Профилактика. – М.: Триада-Х, 2000. – 136 с.
2. Шилов А.М., Авшалумов А.С., Синицина Е.Н. и др. Изменения реологических свойств крови у больных с метаболическим синдромом // Рус. мед. журнал. – 2008. – Т. 16, № 4.– С. 200–205.
3. Волковой А.К., Комелягина Е.Ю., Анциферов М.Б. Поражение нижних конечностей при сахарном диабете // Рус. мед. журнал. – 2006. – Т. 14, № 13. – С. 972–973.
4. Бокарев, И.Н. Венозный тромбоэмболизм и тромбоэмболия легочной артерии / И.Н. Бокарев, Л.В. Попова. – М.: МИА, 2005. – 205 с.
5. Dual-Energy CT for Assessment of the Severity of Acute Pulmonary Embolism: Pulmonary Perfusion Defect Score Compared With CT Angiographic Obstruction Score and Right Ventricular/Left

Ventricular Diameter Ratio / Eun Jin Chae, Joon Beom Seo, Yu Mi Jang et al. // Am. J. Roentgenol. – 2010. – Vol. 194. – P. 604–610.