

Снетко А. А.

ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Павлов О. Б.,

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Согласно эпидемиологическим данным, ТЭЛА диагностируется примерно у 0,15-0,20% населения, причем смертельная – у 50 человек на 100000. Данные аутопсии (посмертного вскрытия) показали, что тромбоэмболия легочной артерии не была своевременно диагностирована у 50-80% людей, умерших по данной причине.

Цель: Найти закономерность в показателях лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от степени массивности тромбоэмболии легочной артерии.

Материалы и методы. В процессе научной работы на базах УЗ «ГКБСМП» и «2ГКБ» были отобраны истории болезней пациентов за 2015 и 2016 годы с клиническим диагнозом «Тромбоэмболия легочной артерии». Медицинская документация была проанализирована.

Результаты и их обсуждение. Из 60ти обработанных результатов КТ-ангиографии органов грудной клетки массивная ТЭЛА имела место в 29 случаях(48,33%), субмассивная – в 17(28,33%), немассивная – в 10(16,67%), в оставшихся 2х случаях КТ-ангиография не выявило патологии. Распределение по возрасту показало, что 7 человек(11,67%) относились к категории молодого возраста(30-44 лет), 20 человек(33,33%) – среднего(45-59), 18 человек(30%) – пожилого(60-74), 15 человек(25%) – старческого и долгожительства(>75 лет). Анализ возраста и индекса массы тела пациентов выявил, что старший возраст и более высокий индекс массы тела связаны с увеличением массивности тромбоэмболии. В 33 случаях(55%) ТЭЛА явилось осложнением флеботромбоза вен нижних конечностей, в 13 случаях(21,67%) – варикозного расширения вен нижних конечностей, в 19 (31,6%) случаях имела место неустановленная этиология ТЭЛА. Также в линии немассивная-субмассивная-массивная ТЭЛА увеличиваются такие лабораторные показатели, как Д-димеры(среднее количество соответственно 1777 нг/мл, 3253 нг/мл, 3785 нг/мл), Тропонин I (соответственно 0,058 нг/мл, 0,18 нг/мл, 0,22 нг/мл), креатинин(соответственно 106,127 мкмоль/л, 111,27 мкмоль/л, 114,18 мкмоль/л), но уменьшается среднее количество тромбоцитов. Тромболитическая терапия проводилась в 13 случаях(12 – при массивной, 1- при субмассивной), что составляет 21,67%. При массивной ТЭЛА пациенты находились в отделении интенсивной терапии и реанимации в среднем 3,96 дней, при субмассивной – 1,63 дня, при немассивной – 1,1 дня. Все пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 1. Наиболее эффективным и доступным методом диагностики ТЭЛА является КТ-ангиография ОГК и чем массивнее ТЭЛА, тем легче она поддается диагностике, но труднее поддается терапии.

2. Предрасполагающими факторами к развитию ТЭЛА является повышенная масса тела, возраст старше 45 лет, флеботромбоз и варикозное расширение вен нижних конечностей.

3. Такие лабораторные показатели, как Д-димеры, Тропонин I, креатинин и количество тромбоцитов могут косвенно указывать и являться дополнительными методами для диагностики массивности ТЭЛА.