

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Остапенко Е.Н., Новикова Н.П.

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский
университет», Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - одно из наиболее распространенных осложнений многих заболеваний, представляющее угрозу для жизни пациента. Уровень смертности при нелеченой ТЭЛА достигает 30%. Проведение своевременной и адекватной терапии позволяет снизить смертность до 2-8%.

Цель. Своевременная диагностика ТЭЛА представляет значительные трудности в связи с неспецифичностью, полиморфизмом и внезапностью развития клинических симптомов, катастрофической быстротой течения заболевания и невозможностью использования во многих лечебных учреждениях высокоинформативных методов исследования. Огромное значение в своевременной диагностике ТЭЛА имеет настроенность врача на эту патологию, основанная на оценке факторов риска и клинических симптомов заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных данных и собственных наблюдений за пациентами с клинической картиной ТЭЛА, подтвержденной инструментальными и лабораторными методами исследования на базе БСМП г. Минска.

При обструкции крупных ветвей легочной артерии (*массивная ТЭЛА*) развивается синдром острого легочного сердца. Он проявляется транзиторной или стойкой артериальной гипотонией, набуханием шейных вен, расширением границ относительной тупости сердца вправо, появлением патологической пульсации в эпигастрии, акцента II тона над легочной артерией и увеличением размеров печени с болями в правом подреберье из-за острого растяжения глиссоновой капсулы. На ЭКГ выявляются признаки острой перегрузки правых отделов сердца, нарушения проводимости, возможны нарушения сердечного ритма.

Наиболее характерные изменения ЭКГ:

- появление глубокого зубца Q в III отведении с ротацией электрической оси сердца вправо ($S_I R_{III}$);
- подъем сегмента ST в III, aVF, V_{1-2} отведениях и дискордантное его снижение в I, aVL и V_{5-6} отведениях;
- отрицательные зубцы T в III, aVF и в $V_{1-2(3)}$ отведениях;

- остро развившаяся полная или неполная блокада правой ножки пучка Гиса;
- признаки острой перегрузки правого предсердия (остроконечные, высокоамплитудные зубцы Р в III, II, aVF отведениях).

В 20-30 % случаев ТЭЛА *мелких ветвей легочной артерии* патологические изменения ЭКГ вообще могут отсутствовать. При поражении *долевых и сегментарных ветвей* наблюдается клиническая картина инфаркта легкого (одышка, боли в грудной клетке на вдохе, кровохарканье, тахикардия, влажные хрипы над пораженным участком легкого, повышение температуры тела).

Наиболее трудным представляется диагноз *рецидивирующей ТЭЛА*. В этом случае доминирует симптоматика основной патологии. У пациента могут нарастать проявления сердечной декомпенсации, прогрессировать симптоматика злокачественного новообразования или ХОБЛ. Рецидивирующая ТЭЛА у пожилых пациентов и стариков в большинстве случаев не имеет ярких клинических проявлений, часто протекает латентно или под маской других заболеваний и патологических состояний: повторных пневмоний или плевритов, немотивированных обмороков, эпизодов затрудненного дыхания, лихорадки с неэффективным антибактериальным лечением, пароксизмальной одышки; прогрессирующей сердечной недостаточности, резистентной к терапии; признаков хронического легочного сердца при отсутствии бронхолегочного анамнеза.

Выводы. Обследование пациентов с ТЭЛА должно включать электрокардиографию, рентгенографию легких, Эхо-КГ, определение Д-димеров, ультразвуковое исследование магистральных вен ног. В трудных случаях клинико-инструментальные обследования можно расширить за счет компьютерной томографии или МРТ легких, а также использовать вентиляционную сцинтиграфию.

Целью лечебных мероприятий должна быть: нормализация или улучшение перфузии легких, предотвращение развития тяжелой легочной гипертензии. В терапии обязательны: прессорные амины и антикоагулянты, а для пациентов с ТЭЛА высокого риска показано проведение тромболизиса независимо от их возраста.

Улучшение клинической симптоматики и данных ультразвукового исследования после проведения тромболитической терапии наблюдается у большинства пациентов (92%) в течение первых 36 часов. Наибольшая эффективность тромболизиса отмечена в течение первых 48 часов от появления симптомов ТЭЛА.

Для предотвращения дальнейшего тромбообразования всем пациентам независимо от их возраста показана антикоагулянтная терапия.